

Број 19 //
Београд //
Децембар //
2013 //
Година V //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

БОЛНИЦА ЋУПРИЈА

АКТУЕЛНО

ОКРУГЛИ
СТО „УЛОГА
ДИЈАСПОРЕ У
УСАВРШАВАЊУ
ЛЕКАРА ИЗ
СРБИЈЕ“

ИНТЕРВЈУ

ПРОФ. ДР
ВЛАДИМИР
КОСТИЋ:
НЕМАМ
РАНАСЕУ
У РУКАВУ

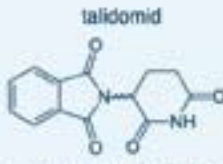
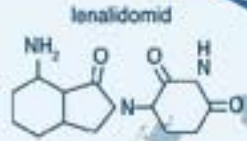
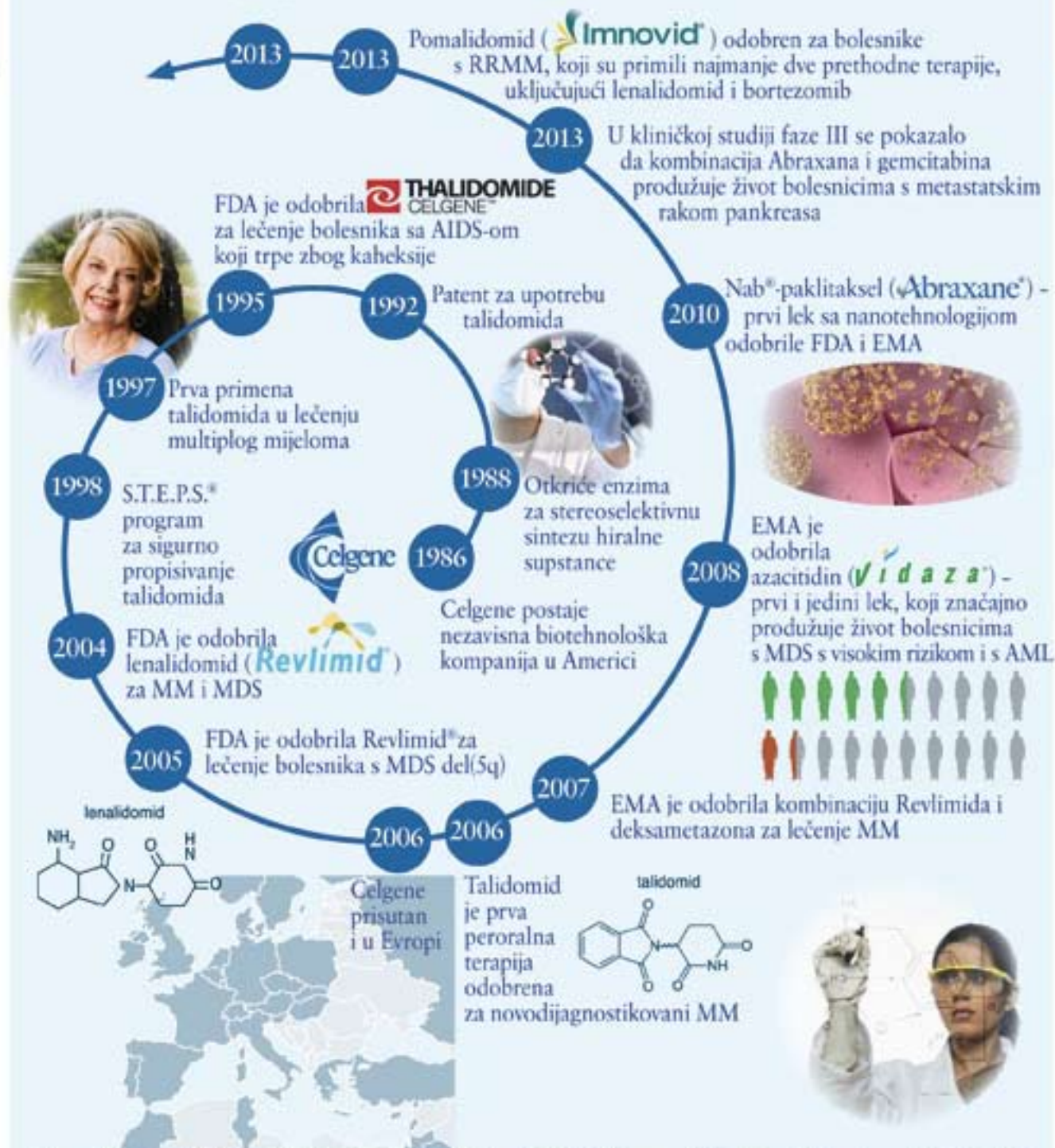
ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ

ОПШТА БОЛНИЦА ЋУПРИЈА:
132 ГОДИНЕ ПОСТОЈАЊА

CELGENE JE VODEĆA BIOFARMACEUTSKA KOMPANIJA KOJA SE BAVI OTKRIVANJEM I RAZVOJEM INOVATIVNIH TERAPIJA.



Nagrada za inovativnu kompaniju, koju dodeljuje udruženje evropskih pacijenata sa retkim bolestima EURORDIS



Гласник

ЛИСТ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ



Година V, број 19,
децембар 2013. 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:

Др Бранка Лазић

Чланови уређивачког одбора:

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

Издавачки савет:

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

Новински уредник:

Јасмина Томашевић

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

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

Насловна и последња страна:

Општа болница у Ћуприји

Штампа:

Штампарија „Scanner studio“,
Београд

Реч уредника

Поштоване колегинице
и колеге,
драги чланови Лекарске
коморе Србије



Желим да вам честита
там Нову 2014. годину и предсто-
јеће празнике, да пожелим ва-
ма и вашим породицама срећу,
здравље и дуг живот, да пожелим
да нам наредна година буде бо-
ља и успешнија и нашем народу
мир и напредак.

На нашој насловној страни налази се Општа болница у Ћуприји која има дугу традицију збрињавања становништва шест општина Поморавља уз примену савремених медицинских технологија и континуирано медицинско усавршавање, место где Лекарска комора и Српско лекарско друштво деле просторије и опрему и сарађују по свим питањима.

У овом броју прочитаћете о чему се говорило и договарало на Округлом столу Дана српске медицинске дијаспоре, од академика проф. др Владимира Костића зашто је неурологија наука која је интелектуални изазов, како је јубилеј прославила Неурохируршка клиника, а како Клиника за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије, како је отворена прва приватна здравствена платформа у Србији, какав ће бити Правилник о листама чекања на медицинске процедуре...

На нашу велику жалост, у овој години смо остали без четворо наших драгих колега: председника Регионалне ЛК Београда, прим. др Спасе Анђелића, председнице одбора за примарну здравствену заштиту у приватној пракси РЛК Београда, др Зорице Динић, представника Лекарске коморе Србије у Здравственом Савету Србије, др Златка Спасића и др Михајла Додића, познатог београдског радиолога. Сећање на њих и њихово дела ће нам убудуће бити путоказ, слава им!

Др Бранка Лазић
Главни уредник Гласника
Лекарске коморе Србије

ИЗ ОВОГ БРОЈА

АКТУЕЛНОСТИ У КОМОРИ Стр. 11

- ОКРУГЛИ СТО О УЛОЗИ ДИЈАСПОРЕ У УСАВРШАВАЊУ ЛЕКАРА
- РЛК ЦЗС: ПОДРШКА ИЗДАВАЧКОЈ ДЕЛАТНОСТИ

ИНТЕРВЈУ Стр. 21

- ПРОФ. ДР ВЛАДИМИР КОСТИЋ:
НЕМАМ РАНАСЕУ У РУКАВУ 21

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ Стр. 25

- ПРАВИЛНИК О ЛИСТАМА ЧЕКАЊА
- СЛФС: СЕМИНАР „ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, КЉУЧНИ ПРОБЛЕМ ЗДРАВСТВА У СРБИЈИ“
- ПАЦИЈЕНТ У СРЕДИШТУ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА (СЕМИНАР ЕУРОСФЕРЕ)
- ПРЕДСТАВЉЕНО 14 НОВИХ ВОДИЧА ДОБРЕ КЛИНИЧКЕ ПРАКСЕ
- ИСТРАЖИВАЊЕ ЗДРАВЉА СТАНОВНИШТВА СРБИЈЕ
- ПИСМО СЛФС МИНИСТАРСТВУ ФИНАНСИЈА

НОВЕ ТЕХНОЛОГИЈЕ Стр. 35

- МАТЕМАТИЧКА АНАЛИЗА БИОЛОШКИХ СИГНАЛА - НЕУРОКАРДИОЛОГИЈА
- ГАМА КНИФЕ (ГАМА НОЖ): НЕУРОХИРУРГИЈА БЕЗ СКАЛПЕЛА
- ВЕЛИКИ ПОТЕНЦИЈАЛ ПРИМЕНЕ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА

СА СТРУЧНИХ ОКУПЉАЊА Стр. 44

- МЕЂУНАРОДНА КОНФЕРЕНЦИЈА ПРИМАРНЕ ЗАШТИТЕ У АЛМА АТИ
- ЧЕТВРТИ КОНГРЕС ОПШТЕ МЕДИЦИНЕ

САВЕТИ ПРАВНИКА РЛКБ Стр. 47

- ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА:
ПРАВО НА ОБАВЕШТЕЊЕ

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ Стр. 48

- ОПШТА БОЛНИЦА ЋУПРИЈА:
132 ГОДИНЕ ПОСТОЈАЊА
- ГАК КЦС: ОД БОЛНИЧКОГ ОДЕЉЕЊА ДО САВРЕМЕНЕ УСТАНОВЕ

ЛЕКАРИ ПИШУ Стр. 63

- ПРЕВЕНЦИЈА МОБИНГА:
ПРАВНИ АСПЕКТ ЗЛОСТАВЉАЊА НА РАДУ

ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА Стр. 67

- BRITISH MEDICAL JOURNAL:
БОЉА НЕГА ЗА МАЂЕ ПАРА

КМЕ Стр. 68

- ЧЕТВРТА КОНФЕРЕНЦИЈА ДАНИ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

IN MEMORIAM Стр. 71

- ПРИМ. ДР СПАСО АНЂЕЛИЋ
- ДР ЗОРИЦА ДИНИЋ
- ДР СЦИ.МЕД. МИХАЈЛО ДОДИЋ
- ДР ЗЛАТКО СПАСИЋ

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ Стр. 74

- ДР ЈОВАН АПОСТОЛОВИЋ - ПРВИ СРПСКИ ШКОЛОВАНИ ЛЕКАР
- ДР ГАВРИЛО ПЕКАРОВИЋ - ПИСАЦ ПРВОГ ПЕДИЈАТРИЈСКОГ УЏБЕНИКА КОД НАС
- ДР АВРАМ ВИНАВЕР: ВРЕМЕ ЧОВЕКОВАЊА

ОДЛУКЕ СУДОВА ЧАСТИ Стр. 77



6-10

Прим. др Тајјана Рагосављевић

Етички аспекти транслантације орјана



52-56

Два јубилеја Клинике за неврохирургију КЦС

Како се развијала српска
неурохирургија од оснивања
њених темеља пре 90 и оснивања
Клинике пре 75 година



18–20

Проф. др Павле Станковић

Српски лекари имају добру репутацију

У немачким болницама научили смо систем организације, хијерархију и дисциплину



39–41

Мобилна апликација Skin-scan

Једноставна и свима доступна анализа младежа путем мобилног телефона, у циљу раног откривања меланома



57–60

Прва приватна платформа здравства у Србији

У оквиру пацијентима је на располагању најшири спектар услуга и тим врхунских стручњака



60–62

Корекција „левкастих труди“ и код одраслих

Минимално инвазивне хирушке интервенције за исправљање стој деформитета раде се на Клиници за тродну хирургију КЦС

Реч директора

Етички аспекти трансплантације органа

Пише:
прим. др Татјана
Радосављевић

Бројна су етичка питања везана за област трансплантације, али се она могу поделити у неколико сегмената, и то: - Етичка питања везана за формирање листе чекања на органе (индикације, протоколи, водичи), - Етички аспекти везани за трансплантацију органа умрлих особа - етички аспекти постморталног донорства органа, - Етички аспекти везани за дијагнозу мождане смрти, - Етички аспекти трансплантације органа од живих особа, - Етички аспекти алокације органа, - Правно-етички аспекти трговине органима.

Декларација Светске медицинске асоцијације о донацији органа и ткива усвојена је на 63. седници Генералне скупштине Светске медицинске асоцијације у Бангкоку на Тајланду октобра 2012. године. Напредак у медицинским наукама, а посебно у хируршким техникама, типизацији ткива и имуно-супресивним лековима, омогућио је значајно повећање стопе успешно обављених трансплантација људских органа и ткива. Ипак, у свим земљама, недостатак органа донатора резултира губитком живота, што се потенцијално може избећи.

Када се говори о листи чекања на трансплантацију органа, могу се поставити следећа питања:

- Да ли је листа чекања исто што и ранг листа?
- Да ли треба да постоји једна листа или више листа на националном нивоу? (За трансплантацију срца треба да постоји једна листа, сигурно)
- Које су то болести, индикације за трансплантацију (треба да постоје јасни водичи и протоколи).



Начело медицинске оправданости трансплантације остварује се спровођењем поступка трансплантације ради лечења само у случају када није могуће предузети друкчији начин лечења, који има упоредиву ефикасност, односно уколико трансплантација не доводи до неприхватљивог ризика за живот даваоца и примаоца органа и уколико су претходно, у складу са правилима струке, обављена сва потребна медицинска испитивања помоћу којих је могуће са великом вероватноћом предвидети безбедност за даваоца и за примаоца органа и успех медицинске интервенције. Истовремено, правила која регулишу управљање листама чекања треба да обезбеде ефикасност и правичност.

Критеријуми које треба узети у обзир за расподелу органа или ткива обухватају:

- озбиљност и хитност медицинске потребе
- дужину чекања на листи
- медицинску вероватноћу успеха мерену факторима као што су старост, врста болести, вероватноћа побољшања квалитета живота, друге компликације и хисто-компатибилност.

Не треба да постоји дискриминација на основу социјалног статуса, начина живота и понашања. Немедицински критеријуме не би требало узимати у обзир. Потребно је јасно поставити критеријуме да бисте изабрали примаоце или потенцијалне приоритете. Ово може да отвори нека етичка питања:

- Да ли је праведно да се да предност мајкама мале деце или успешном лекару над неким ко је незапослен?

- Треба ли пензионер који је умногосте допринео заједници да има предност у односу на младу особу која се још није доказала?

- Треба ли неке које је раније користило алкохол, или се хранио нездравом, ускратити јетру, плућа или срце?

Већи део стручне јавности, иначе, не подржава овакве и друге критеријуме, као што су богатство, раса, религија, пол и старост, као укључивање било какве дискриминације.

Актуелна је реформа закона у Немачкој иницирана открићем манипулација, једним делом у давању повластица имућним пацијентима, али и због сумњи да је дошло до преплитања интереса са трговином органима. Новим законским решењима предлаже се увођење строжих одредби о надзору и контроли расподеле органа који су медицински најнеопходнији, а са циљем да се подстакну потенцијални донатори.

Још нека етичка питања се могу поставити у вези са листама чекања: - Како процењивати ред хитности пацијената на листама чекања на трансплантацију; - Да ли ради ти трансплантација за оне који немају осигурање (САД); - Како урадити процену за болесника који нису јасно пристали на трансплантацију; - Како проценити да ли да се трансплантацији подвргавају и пацијенти са лошим навикама - алкохоличари и јетра.

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ПОСТМОРТАЛНОГ ДАРИВАЊА ОРГАНА

Донација органа преминулог мора бити заснована на идеји поклона, слободно и добровољно. То би требало да подразумева добровољни пристанак, без икаквог притиска на појединца, дат пре смрти (по опредељењу или искључењу из донације у зависности од надлежности) или добровољног овлашћења ближњима преминулог пацијента уколико су жеље тог лица непознате јавности.

Ако се размотре постојећи модели допустивог узимања органа од умрлих давалаца постоје:

1) Систем opt in или систем изричите сагласности: делови тела умрлог не могу бити узети ако он није дао изричито пристанак на начин

прописан законом (Данска, Немачка, Холандија, Швајцарска, Аустралија и САД).

Тиме се знатно сужава круг потенцијалних давалаца органа и стога су законодавци тих земаља проширили могућност сагласности на родбину преминулог

Родбина има право супсидијарног одлучивања уколико се умрли није изјаснио.

2) Систем opt out или систем претпостављене сагласности: са умрлог је дозвољено узимати органе, ако се он томе није противио за живота.

Неизјашњавање се сматра пристанком, односно пристанак се претпоставља. Узимање је допуштено чак и када постоји сумња у погледу воље умрлог. То значи да узимање органа од умрлих лица у начелу није забрањено, већ допуштено. Тиме се повећава број потенцијалних давалаца, јер у њих спадају и они који се нису уопште изјаснили. Закони о трансплантацији већине земаља Европске уније прихватају овај модел (Италија, Француска, Шпанија, Белгија, Пољска, Аустрија, Шведска, Норвешка, Хрватска).

Бројне су околности које утичу на мали број донора, поготово у Србији данас. То могу бити: страх, збуњеност, традиционалне предрасуде. Постоји потреба за едукацијом у јавности и многих здравствених стручњака у области трансплантације органа и ткива. Многи људи нису добро информисани о потребама, недостатку органа и ткива, као и о великој потенцијалној користи трансплантације.

Присутни су многи неосновани страхови или резерве или постоји збуњеност о неким питањима. У недавном истраживању САД, два најчешћа разлога, одбијање завештања органа били су: „лекари могу да ураде нешто за мене пре него што сам заиста мртав, уколико нисам донор“ и „лекари могу убрзати моју смрт, уколико јесам донор“.

Светска медицинска асоцијација се залаже за информисани избор донатора. С обзиром на политику „о претпостављеној сагласности“ (односно онемогућењу), у којој постоји претпоставка да појединац жели да донира уколико нема доказа за супротно или „обавезном избору“, по којем би сва лица била у обавези да се изјасне да ли желе да до-

нирају, треба учинити сваки напор како би се осигурало да ови ставови буду адекватно објављени, као и да не умањују информисани избор донатора, укључујући и право пацијента да одлучи да не донира.

У нашој јавности, поводом концепта „претпостављеног пристанка“ изрицани су лични ставови. Следећа два показују два дијаметрално супротна начина размишљања:

- „...дозвољено узимање органа са умрлог лица уколико се човек за свог живота није томе изричито противио“ писменом изјавом и уз присуство два сведока. Важећи закон о трансплантацији, чланом 50 дозвољава узимање органа са умрлог лица због пресађивања у тело другог лица ради лечења, само уколико је давалац пре смрти лично потписао писмени пристанак за донирање изражавајући своју слободну вољу, а при том, чак и након давања писменог пристанка чланови породице могу спречити узимање органа уз навођење јасних и неоспорних чињеница да је донор у међувремену променио став о донирању. Предлог промене Закона, дакле, поништава слободну вољу грађана Србије, а тиме потири и саму идеју донирања на коме се једино може и сме заснивати трансплантациона медицина.“ (текст објављен у једном недељнику, аутор социолог).

- „Закон треба одмах мењати у смислу успостављања претпостављене сагласности и могућности размене органа са земљама у региону – првенствено са Аустријом, Хрватском и Словенијом. Донорске картице треба задржати као промоцију хуманости, завештања и трансплантације, али омогућити потписивање на сваком јавном месту и обавезно уз издавање личних докумената, пописа становништва, референдума као и разних урбанистичких и других дозвола“ (став пацијента коме је трансплантирано срце, изречен на конференцији за медије). Британско медицинско удружење (БМА) тврди да су многи хирурзи који раде трансплантацију, као и неке групе пацијената и неки политичари су спремни да Британија усвоји систем „претпостављеног пристанка“, где се претпоставља да појединац жели да буде донатор, осим ако он или она има изричито забележено одбијање.

Донација органа преминулог мора бити заснована на идеји поклона,

слободно и добровољно. То би требало да подразумева добровољни пристанак, без икаквог притиска на појединца, дат пре смрти (по опредељењу или искључењу из донације у зависности од надлежности) или добровољног овлашћења ближњима преминулог пацијента уколико су жеље тог лица непознате јавности. Светска медицинска асоцијација се снажно противи комерцијализацији донације и трансплантације.

Потенцијални донатори или они који уместо њих доносе одлуке о здравственој заштити треба да имају приступ тачним и релевантним информацијама преко својих лекара опште праксе. Обично ће ово укључити информације о:

- процедурама и дефиницијама које су укључене у констатовање смрти,
- тестирањима која се предузимају да би се утврдила погодност органа и/или ткива за трансплантацију би могло да открије раније несумњиве здравствене ризике код потенцијалних донатора и њихових породица
- мерама које могу бити потребне да се сачува функција органа до смрти су прописане и до трансплантације може да дође,
- шта ће се десити са телом када се прогласи смрт,
- који органи и ткива могу бити донирани,
- протоколу који ће бити поштован у случају да се породица успротиви донацији као и могућност повлачења сагласности

Начело солидарности између даваоца и примаоца органа остварује се организацијом поступка донирања, односно примања органа који се заснива на уважавању приоритетних интереса за очување живота и здравља, односно који се заснива на добровољности, неплаћеном донирању, анонимности даваоца и примаоца органа, као и алтруизму даваоца.

Право на њијешет

При узимању органа, односно делова органа сви учесници тог поступка дужни су да тело умрлог даваоца третирају са поштовањем достојанства умрлог лица и чланова породице умрлог, као и да предузму све потребне мере како би се повратио спољашњи изглед умрлог даваоца (леша).

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ДИЈАГНОЗЕ МОЖДАНЕ СМРТИ

Лекар који учествује или би могао учествовати у поступку преисађивања не може учествовати у одлучивању о možданој смрти даваоца органа, ткива и ћелија, због сукоба интереса. Одређивање тренутка смрти потенцијалног даваоца има посебан значај, јер је захват у људско тело ради трансплантације допуштено извршити тек тог тренутка. То представља истовремено и време када престаје обавеза лекара да лице код кога се утврди такво стање одржава у животу.

Протоколи дијагнозе треба да подрже следеће кључне принципе:

- Одлуке о привременој обустави или укидању третмана који одржава пацијента у животу треба да се заснива на процени да ли ће лечење бити од користи пацијенту. Такве одлуке морају бити потпуно одвојене од било какве одлуке о донацији.
- Констатовање смрти треба да буде у складу са националним смерницама, као што је наведено у Сиднејској декларацији Светске медицинске асоцијације о утврђивању смрти и екстракцији органа.

Ту би требало направити јасно разграничење између тима задуженог за лечење и трансплантационог тима. Конкретно, лекар који констатије или потврђује смрт потенцијалног донатора не треба да буду укључен у поступак трансплантације, нити треба да води бригу о примаоцу органа. Земље које спроводе донацију после васкуларне смрти треба да имају специфичне и детаљне протоколе за ову праксу.

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ТРАНСПЛАНТАЦИЈЕ ОРГАНА ОД ЖИВИХ ОСОБА

Донације органа живих донатора постају све значајнија компонента програма трансплантације у многим земљама. Већина оваквих донација се успоставља међу рођацима или емотивно блиским појединцима, али мали број донатора, који се све више увећава, дарује ткива или органе људима које не познају. С обзиром на то да постоје здравствени ризици повезани са донацијама живих донатора, одговарајуће контроле и заштите су од суштинског значаја.

Информације које имају за циљ да обавесте људе о могућностима донирања органа живог донатора треба да буду пажљиво дизајниране како не би вршиле притисак на њих. Потенцијални донатори би требало да знају где могу да добију детаљне информације о томе шта је све укључено, о својственим ризицима обезбеђењу на лицу места како би се заштитили они који нуде донацију.

Донације живих донатора постају све чешће, као начин да се превазиђе несташница органа преминулих донатора. У већини случајева донирају се органи рођацима или емотивно блиским људима. Мали број појединаца се одлучује да несебично донира орган странцу.

Према другом сценарију један или више парова донатора и примаоца међусобно компатибилних донирају унакрсно или по обједињеном систему донација (на пример: донатор А донира примаоцу Б, донатор Б донира примаоцу Ц и донатор Ц донира примаоцу А).

Свим потенцијалним донаторима треба дати тачне и ажурне информације о поступку и ризицима донације и дати им прилику да разговарају по овом питању насамо са чланом здравственог тима или саветником. Уобичајено је да ова информација обухвата:

- познате ризике којим се излажу живи донатори,
- тестове који су предузети да се процени подобност за донацију и да то може да открије већ постојеће несумњиве здравствене проблеме,
- шта ће се десити пре, за време и после донације,
- у случају читавих органа, дугорочне импликације живота без донираног органа.

Потенцијалним донаторима треба дати прилику да поставе питања о донацији и да се на њихова питања одговори сензитивно и разумљиво. Процедуре треба да буду такве да би се осигурало да живи донатори делују добровољно и без притиска или принуде. Да би се избегло да донатори буду плаћени, а затим се представе као познати, треба увести независну проверу као и верификују односа који између донатора и примаоца који је наведен и где се ово не може доказати, не би требало да се наста-

ви са донацијом. Такве провере треба да буду спроведене независно од трансплантационог тима и оних који брину за потенцијалног примаоца.

Донирање органа је добровољно и без финансијске надокнаде, осим надокнаде нужних трошкова. Врсту и висину нужних трошкова, као и начин и поступак надокнаде нужних трошкова из става 1. овог члана прописује министар.

Изузетно је важно нагласити да постоји недобитност пружања услуга у вези са трансплантацијом. Услуге у вези са узимањем, дистрибуцијом, пресађивањем, утврђивањем подударности, односно типизацијом ткива, односно трансплантацијом обављају се као недобитне услуге, осим ако овим законом није другачије прописано.

Члан 41. Закона о трансплантацији органа предвиђа следеће:

Узимање органа од живог даваоца органа због пресађивања у тело другог лица ради лечења дозвољено је ако су истовремено испуњени следећи услови:

- 1) ако нема другог одговарајућег органа који је доступан од умрлог лица;
- 2) ако не постоји алтернативни медицински поступак упоредиве ефикасности за лечење примаоца органа;
- 3) ако тим за трансплантацију овлашћене здравствене установе да мишљење да ће пресађивањем тог органа доћи до излечења, односно побољшања здравственог стања примаоца органа;
- 4) ако је извршена процена ризика по живот и здравље даваоца органа;
- 5) ако је дат писмени пристанак даваоца органа;
- 6) ако су испуњени други услови прописани овим законом.

Давалац органа може бити лице које је старије од 18 година живота, под условом да има потпуну пословну способност, односно способност за расуђивање и доношење одлука и које је сродник примаоца у правој линији без обзира на степен сродства, као и побочни сродник закључно са трећим степеном сродства.

Изузетно од става 1. овог члана, давалац органа може бити супружник, односно ванбрачни партнер, усвојитељ, усвојеник, као и друго

блиско лице са којим је прималац органа у присном личном односу који је свима очигледан, ако не постоји могућност да лице из става 1. овог члана буде давалац органа.

Процена ризика по живот и здравље даваоца органа сагледана је у члану 44, и то:

- Узимање органа од живог даваоца органа дозвољено је ако је ризик по живот и здравље даваоца органа, према медицинским критеријумима, у границама прихватљивог.
- Забрањено је узимање органа од живог даваоца органа ако постоји ризик по живот и здравље даваоца органа који према медицинским критеријумима није у границама прихватљивости, односно ако је ризик по живот и здравље живог даваоца органа у несразмери са очекиваном користи за здравље примаоца органа.
- Процену ризика узимања органа по здравље живог даваоца органа цени тим за трансплантацију овлашћене здравствене установе у којој се трансплантација обавља.

Етички одбор овлашћене здравствене установе, основан у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, даје претходну сагласност за узимање органа са живог даваоца органа због пресађивања у тело другог лица ради лечења.

Пре узимања органа мора да се изврше сви потребни медицински поступци у складу са стандардним оперативним процедурама и водичима добре праксе ради утврђивања здравственог стања даваоца органа, као и ради смањења физичких и психичких ризика по његово здравље и спречавања преношења заразних и других болести. Узимање органа, ткива и ћелија од живих са намером њиховог пресађивања пацијенту могуће је само уз сагласност даваоца органа, ткива и ћелија у писаном облику, који мора бити упознат са свим могућим последицама. Узимање органа малолетним лицима, душевно заосталим или лицима са смањеном урачунљивошћу, као и лицима која су у било каквом подређеном положају у односу на извршиоце, није допуштено.

Све већем броју случајева неуспеха и неадекватног снабдевања органима, посебно са лешева, је створио

широку празнину између понуде и потражње органа, што је резултирало веома дугим временом чекања на орган, као и све већи број смртних случајева док се чека. Ови догађаји су покренули многе етичке, моралне дилеме и друштвена питања у вези понуде, начин расподеле органа, коришћење живих донатора као добровољаца.

Основни принцип медицинске етике је принцип слободног и информисаног пристанка. Да би правилно информисани потенцијални живи донатор донео одлуку, неопходно је да се информише о ризицима за њега/њу, вероватноћа успеха/неуспеха трансплантације и свим другим алтернативама.

ЕТИЧКИ АСПЕКТИ АЛОКАЦИЈЕ ОРГАНА

Улога координације трансплантације је од кључног значаја за донирање органа. Координатори представљају кључну тачку контакта између ожалостане породице и трансплантационог тима и обично предузимају комплексне логистичке аранжмане да би до донације дошло. Њихова улога треба да буде призната и подржана.

Када су у питању примаоци органа или ткива требало би поштовати протоколе о слободном и информисаном доношењу одлука. Свакако, ово ће укључити пружање информација о: ризицима поступка, вероватноћи краткорочног, средњорочног и дугорочног преживљавања, морбидитета и квалитета живота, алтернативи трансплантације, као и како су органи и ткива набављени.

Органи или ткива за које се сумња да су добијени путем незаконитих средстава не смеју бити прихваћени за трансплантацију. Органи и ткива не смеју бити предмет продаје. У обрачуну трошкова трансплантације треба се ограничити само на оне који су директно повезани са презумањем, складиштењем, алокацијом и трансплантацијом.

У случају закаснеле дијагнозе инфекције, болести или малигнитета у донатора, треба да постоји снажна претпоставка да ће прималац бити информисан о евентуалној опасности којој су могуће изложени. Појединачне одлуке о обелодањивању треба да узму у обзир посебне околности, укључујући ниво и озбиљност ризика. У већини слу-

чајева откривање ће бити примерено и спроведено пажљиво и са емпатијом.

Међународна фондација „Еуро-трансплант“ је непрофитна организација која подстиче и координира трансплантацијом органа у државама које су њене чланице – Аустрији, Белгији, Хрватској, Немачкој, Луксембургу, Холандији, Словенији и Шпанији.

Начело доступности и забране дискриминације остварује се на начин којим се обезбеђују једнаке могућности за трансплантацију свим примаоцима органа код којих је то медицински оправдано без обзира на пол, вероисповест, националну припадност, године живота, материјално стање, социјални статус, политичко или друго убеђење и искључиво уз поштовање етичких принципа, као и медицинских критеријума за узимање и донирање органа.

Писмени њрисџанак џунолејној ѡримаоца

Пресађивање органа обавља се само ако је пунолетни пословно способни прималац.

Здравствени радник који учествује у поступку пресађивања органа дужан је да примаоцу органа ради доношења одлуке о давању пристанка из става 1. овог члана пружи потпуне информације о сврси и природи пресађивања органа, поступку трансплантације, вероватноћи успеха, уобичајеним последицама пресађивања, као и о могућим ризицима, односно забележеним озбиљним нежељеним реакцијама и озбиљним нежељеним појавама, као и о могућим алтернативама трансплантације.

Потенцијални примаоци (односно они који ће имати користи од пресађивања) су регистровани према редоследу доласка (ко први дође, први добије орган) или случајним методама селекције (нпр. лутрије) где постоји једнака шанса, под условом да су фер, потреба и корист су приближно исти код потенцијалних прималаца.

Етички одбор основан у здравственој установи која обавља послове трансплантације, у складу са законом којим се уређује здравствена заштита, у поступку трансплантације органа обавља следеће послове:

1) даје сагласност за узимање органа од живог даваоца органа;

2) даје мишљење о етичким и другим питањима у поступку трансплантације;

3) обавља и друге послове на предлог координатора и на основу захтева етичког одбора надлежног за биомедицину.

Сагласност из става 1. тачка 1) овог члана, Етички одбор даје након увида у медицинску документацију, тако што сви чланови Етичког одбора стављају свој потпис испод потписа даваоца на изјави о пристанку живог даваоца.

ПРАВНО ЕТИЧКИ АСПЕКТИ ТРГОВИНЕ ОРГАНИМА

Забрањена је трговина органима. Здравствени радник који учествује у поступку трансплантације, уколико посумња да је орган који се трансплантира предмет комерцијалне трговине, дужан је да одбије учешће у поступку трансплантације и да без одлагања, усмено и писмено обавести надлежне државне органе и Управу за биомедицину.

Под трговином органима не сматра се давање накнаде из члана 25. Закона трансплантацији органа, као ни плаћање трошкова узимања, односно донирања органа са живог или умрлог лица због пресађивања у тело другог лица ради лечења која укључује припрему, обраду, очување и дистрибуцију, у складу са овим законом.

Кривични законик Србије такође прописује у групи кривичних дела против човечности и других добара заштићених међународним правом санкционише дело под називом - трговина људима.

„Ко силом или претњом, довођењем у заблуду или одржавањем у заблуди, злоупотребом овлашења, поверења, односа зависности, тешких прилика другог, задржавањем личних исправа или давањем или примањем новца или друге користи, врбује, превози, пребацује, предаје, продаје, купује, посредује у продаји, сакрива или држи друго лице, а у циљу ... одузимања органа или дела тела ... казниће се затвором од две до десет година“.

Лоренс Коен, антрополог из Берклија, испривао је пацијенте у Индији и Бопалу и утврдио да је већина донатора биле жене које су дубоко у дуговима, а највећи део тог нов-

ца расипају њихови мужевии на коцкање и дугове. Наравно, обећања о бољој будућности никада нису реализована.

У свом истраживању, Коен је пронашао трговачки пут од органа продаваца - обично сиромашне сеоске жене - до болница и примаоца, често богатих људи из Шри Ланке и Бангладешу или из Залива. Трговина органима може да се обавља путем интернета.

Нека конкретна етичка питања:

- Дон и Дан су идентични близанци. Након што Дону отказују бубрези, Дан тражи од свог брата да поклони један од својих здравих бубрега.

- Да ли је етички да особа са два ока донира око слепој особи?

- Беба Вила је рођен са тешком срчаном маном и уграђено јој је срце бабуна после чега је умрла - етичност?

- Два човека чекају на исту услугу трансплатације рожњаче због хемијских опекотина на очима. Један је алкохоличар и особа са другим озбиљним здравственим проблемима, други је истакнути адвокат са женом и троје деце.

- Аниса је имала 17 година када је откривено да има леукемију. Њена примарна нада за опстанак почива на трансплантацији коштане сржи, али нема шансе за донатора истих генетских особина. Њени родитељи одлучују да имају још једно дете, у нади да ће дете да обезбеди ткиво (25 одсто шансе).

- Након што је Бен, 10-годишњи дечак, проглашен мртвим у болници Алберта, др Мичел пита родитеље да ли су разматрали донацију органа. Они дају сагласност, јер они мисле да је то добар начин да се носе са својим болом и мисле да би Бен то желео. Као резултат тога још неколико деце живи нормалан живот: Кирстен из Едмонтона добила Бенова срце, Стурт и Ејми у Калгарију добили су по један од Бенових бубрега, Џони у Питсбургу добио је Бенову јетру, а Стивен је добио Бенову рожњачу.

*Аутор је у раду користио као изворе следеће законе и декларације: Закон о трансплантацији органа, Декларацију Светске медицинске асоцијације о трансплантацији органа и ткива, Кодекс професионалне етике Лекарске коморе Србије.



овде нису седели скрштених руку, они су чинили грчевит напор. Сада је време је да пређемо на организован систем – указао је проф. Лалић и додао да велику улогу дијаспоре види у подстицају повезивања лекара одавде са центрима у иностранству и претварање сарадње у „двосмерну улицу“. – То би био велики потез за све нас. Обично се сарадња са иностранством гледа кроз тренутно усавршавање и више никад, али и као на опасност да неко оде одавде, тамо се запосли и да га трајно изгубимо.

Лалић је указао да Медицински факултет у Београду има дугорочну сарадњу са Епендорф болницом и Универзитетом у Хамбургу. На иницијативу Америчко-српске привредне коморе, студенти 4. и 5. године одлазе на два месеца у Хјустон на летњу праксу. Конкурс се спроводи према најобухватнијим

је председник проф. Лалић). Проф. Лалић се заложио за повезивање и координацију свих „играча“ – учесника округлог стола, како би помоћ стигла у праве руке.

Има ли вишка лекара

Проф. др Миљко Ристић, директор Клиничког центра Србије, сложио се да би требало да постоји одговарајући програм око Министарства просвете, у Влади Србије, али тврди да лична познанства могу много да помогну у вези са усавршавањем наших лекара у иностранству. Тако су, како је истакао, захваљујући познанству са проф. Биочином, директором кардиохирургије у загребачкој болници „Ребро“, брже и лакше направљени договори и споразуми. – Потписаћемо званични уговор о сарадњи са болницом „Ребро“ у Загребу, где ћемо имати, да

треба да пружи максимум у том погледу – рекао је проф. Ристић.

Др Драган Илић, директор Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“, предочио је учесницима округлог стола глобалну слику о величини здравственог система Србије. – У здравству Србије стално је запослено више од 113.000 људи, а још 15.000 ради „на одређено“. Око 75 одсто чине здравствени радници. Реч је о огромном систему, а када те податке укрстимо са стандардима, имамо задовољавајућу покривеност здравственим радницима и лекарима у поређењу са земљама Европе. Србија има 309 лекара на 100.000 становника, а мањи број имају земље у нашем окружењу – Мађарска, Хрватска, Румунија. Грчка је на првом месту у Европи са 614 лекара на 100.000 становника, док је европски просек 346. Прича да имамо превише лекара – не стоји. Што се тиче дистрибуције кадра, она може представљати проблем, као и структура унутар самог лекарског кадра у вези са специјализацијама и планирањем у складу са потребама.

Профилисање кадра и планирање је сада велики недостатак у здравству Србије. Кадровски планови праве се по глави становника. Али, требало би да се узму у обзир потребе здравственог стања становништва. – За здравство се издваја недовољно. Да бисмо могли да обезбедимо више квалитетног кадра и издвајања треба да буду већа, а у овом тренутку кључно питање је прављење кадровских пројекција за наредни период – рекао је др Илић.

Др Зоран Влаховић из Републичког фонда здравственог осигурања: Чули смо неколико занимљивих ствари, а то је дискурс образовања медицинског кадра ка нечему што је производња, а не потрошња. Морам да кажем да је то за мене охрабрујућа позиција, јер је то нешто веома важно у односу на перцепцију здравства и здравственог система. Због тога што када располажемо са 260 евра по глави становника за организацију здравствене заштите, веома је важно како се третира здравље, а како болест. Важно је да дефинишемо здравље као социјалну и економску категорију, јер оно увек кошта, а највише кошта када се наруши.

У Србији данас имамо 2.000 незапослених лекара и 1.000 стоматоло-



Прим. др Татјана Радосављевић



Проф. др Томислав Јовановић

могућим критеријумима. Сличан „рецепт“ за сарадњу Факултет покушава да прошири са неколико српских организација у САД.

На Медицинском факултету у Београду постоји Центар за међународну сарадњу. Имамо уговоре са 30 универзитета у Европи и ван Европе, преко којих иде размена студената. Мој предлог је да сакупите могућности које постоје и нека оне буду сачуване у Комори. С друге стране, постоји Заједница медицинских факултета (тренутно

кажем неограничене, могућности едукације у погледу трансплантационог програма у Србији који ће укључити велики број лекара. Сви имамо контакте у гранама медицине којим се бавимо и мислим да је то био пут пречицом до стипендија или боравка на страним клиникама, лакше је обезбедити смештај и трошкови су мањи него када сте препуштени сами себи. Са своје стране, могу да обезбедим стипендије и у Бриселу, у Загребу, као и на Мејо клиници. Сваки појединац



Др Душан Трифуновић

стави двосмерна комуникација. Већем броју лекара биће доступно не само да иду тамо, него и да колеге дођу овамо и да одржавају едукације у нашим болницама и клиникама. Не би требало да се све заврши на КЦС, већ би требало да буду укључени и мањи градови. Како се о овој теми говори пар година, време је да се покуша да се та прича институционализује.

Др Предраг Тојић, један од првих који је покренуо сарадњу дијаспоре и Коморе, подсетио је да је ова „прича“ потекла из ЛКС, али да је здушно прихваћена у Министарству за дијаспору, Фонду принцезе Катарине, Министарству здравља и СЛД. Он се zaloжио да тај разговор између дијаспоре и лекара у Србији буде делотворнији, а не само протоколаран. Др Тојић је указао да закључак донет на првој конференцији дијаспоре – да се направи Савет српске медицинске дијаспоре и матице – није реализован. У оквиру ЛКС формирана је комисија, али даље се није отишло, а сада је тренутак да се то промени.

Позитивна искуства

Један лекар и две медицинске сестре из Шапца, који су захваљујући контактима др Тојића, били на едукацији у Хановеру, „одужили“ су се доносећи новине по повратку из Немачке. У томе је много помогла др Љиљана Вернер, професор ане-



Проф. др Јорг Франке

стезиологије и реаниматологије на Медицинском факултету у Хановеру. Он је скренуо пажњу да су лекари у унутрашњости ретко у прилици да преко института из престонице оду на неку едукацију у иностранство, без обзира на висок просек и знање језика. Др Тојић је подсетио да је, према бази података коју је правило Министарство дијаспоре, 10.000 српских лекара у иностранству, а од тог броја најмање 1.000 је високо позиционирано, од начелника одељења, до шефова клиника и академија у земљама боравка. – То служи нама на част, али морамо покушати да мењамо свест. Јер, цаба било науке и светских фондова, ако ми не променимо однос према раду, једних према другима и однос према онима који су ван земље – упозорио је др Тојић.

Проф. др Бојан Биочина, из Клинике за кардиохирургију КБЦ „РЕ-БРО“ у Загребу, који је на Дане дијаспоре стигао радећи клинички пројекат у сарадњи са КЦС, изразио је своју импресионираност формирањем српске медицинске дијаспоре, јер тако нешто у Хрватској не постоји. Он је рекао да ће се по повратку у Загреб предложити да се крене тим путем. – Ово је заиста импресиван начин системског преношења знања. У Хрватској се пуно тога ради, али на индивидуалној бази, родбинској, пријатељској – рекао је проф. Биочина. Говорећи о досадашњој сарадњи са Србијом,

он је указао да, пре свега, делимо исту врсту проблема, а истовремено, нема језичке баријере.

Др Душко Млађеновић из Зворника говорио је о искуствима свог једномесечног боравка на хирургички Универзитетске клинике у Гетингену 2011, као и две недеље које је ове године провео у сали за интервентну кардиологију. – Што се тиче популације младих доктора, ово је „пун погодак“. Много је заинтересованих, али људи не знају где да аплицирају, какви су услови, Наша искуства су веома позитивна. Наишли смо на позитиван пријем, имали смо плаћен пут и гарсоњере удаљене десетак минута од клиникама. Немачки језик није нарочити проблем у сали за катетеризацију или на ултразвуку, али када се иде у визиту где људи имају конверзацију, расправљају о болести, не можете да пратите. Језичка баријера је најјача баријера са којом смо се сусрели. Био сам у прилици да видим неке методе које још немамо код нас – митралне клипсеве, ЛА оклудере. Не само што се тиче медицине, него и информатичке повезаности. У визити лекари имају лаптоп са базом података сваког пацијента, лабораторијским анализама по датумима, прегледе ултразвуком гледају у реалном времену. То показује у ком правцу бисмо се ми могли кретати.

Ширење видика

Др Иван Илић, дечји неуролог из Пирота, похвалио је изузетну организованост Удружења српских лекара и стоматолога у Немачкој, до најмањих детаља. – Увек смо могли да рачунамо на помоћ, имали коме да се обратимо. Мала сугестија: насупрот њиховој доброј, стоји наша лоша организација, зато што долазимо до тога да неко жели да нам помогне, а ми не умемо да се повежемо на прави начин, да делегирамо оне међу нама који су заинтересовани за усавршавање у иностранству и који би на најбољи начин могли да искористе боравак у Немачкој – рекао је др Илић.

Он је пренео своје импресије у вези са употребом технике у свим гранама медицине – „Немци су 50-100 година испред нас“, али и да се није осећао инфериорним у елитном центру у Немачкој и да је много науци током боравка.



РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ЦЕНТРАЛНЕ И ЗАПАДНЕ СРБИЈЕ

ПОДРШКА ИЗДАВАЧКОЈ ДЕЛАТНОСТИ

// УСПОСТАВЉЕНА САРАДЊА СА ЧЕТИРИ ИНДЕКСИРАНА СТРУЧНА ЧАСОПИСА
// ЈОШ ЈЕДАН КОРАК У ПРИБЛИЖАВАЊУ КМЕ ЛЕКАРИМА //

Унамери да помогне и унапреди издавачку делатност водећих стручних медицинских часописа који излазе на подручју Регионалне лекарске коморе централне и западне Србије, али и да их учини доступнијим читалаштву - лекарима, Посебан одбор за медицинско образовање РЛК ЦЗС покренуо је иницијативу, а Извршни одбор РЛК ЦЗС донео

„Serbian Journal of Clinical and Experimental Research“ – који уређује и издаје Факултет медицинских наука у Крагујевцу

После састанка са Главним уредницима поменутих часописа и након сагледавања стварних потреба лекарства као и финансијских могућности, Извршни одбор РЛК ЦЗС донео је одлуку да се са уредништвом сва четири часописа пот-

пљене поједине од већ одабраних тема од посебног интереса за свакодневни рад лекара, у форми тзв. практичних семинара.

Верујемо да је на овај начин Лекарска комора Србије учинила још један позитиван корак у погледу омогућавања континуиране медицинске едукације лекара, али је створена и боља могућност да се знатно већи број лекара посвети писању и



Потписивање уговора о пословно-техничкој сарадњи



Представници Лекарске коморе са уредницима четири индексираних стручних часописа

одлуку о успостављању сарадње са уредништвом четири индексираних стручних часописа:

„Медицински часопис“ - уређује и издаје Подружница СЛД-а Крагујевац

„Рационална терапија“ - уређује и издаје удружење МЕДРАТ са седиштем у Крагујевцу

„ПОНС“ - уређују и издају ЗЈЗ „Поморавље“ Ђуприја, Подружница СЛД-а Ђуприја и Друштво за науку „Созерцање из Шумадије“ Крагујевац

пише Уговор о пословно-техничкој сарадњи. Свечано потписивање уговора је одржано 11. јула, у присуству директорке Лекарске коморе Србије прим. др Татјане Радосављевић и главних уредника часописа.

Између осталог, Уговором је предвиђено да свака од Подручних канцеларија на територији РЛК ЦЗС добије по 10 примерака часописа приликом њиховог периодичног излажења, доступност часописа лекарима у електронској форми, као и да у сваком од бројева буду засту-

објављивању стручних радова, него што је то до сада био случај.

Може се са великим задовољством констатовати да Лекарска комора Србије и на овај начин наставља да ради за добробит лекарства, остварајући афирмативну сарадњу са стручним удружењима, као што је овај пример, наравно и са Подружницама Српског лекарског друштва, зашто да не!

Мр сци. мед. Станко Барлов

Председник ПО за медицинско образовање РЛК ЦЗС

ИНТЕРВЈУ ПРОФ. ДР ПАВЛЕ СТАНКОВИЋ,
УНИВЕРЗИТЕТСКА КЛИНИКА У ГЕТИНГЕНУ

СРПСКИ ЛЕКАРИ ИМАЈУ ДОБРУ РЕПУТАЦИЈУ

// РАД ЛЕКАРА У НЕМАЧКОЈ КОМПЛИКОВАН, АЛИ СИГУРАН: СВЕ ПОСТОЈИ
ЗАПИСАНО „ЦРНО НА БЕЛО“ // ТРЕЋИНУ РАДНОГ ВРЕМЕНА ДОКТОРИ ПРОВОДЕ
У АДМИНИСТРИРАЊУ //

Лекари пореклом са просто-ра Србије дуги низ година помажу младим колегама у матици да оду на усавршавање „преко границе“, како би, по повратку, тамо стечена знања и искуства пренели у своје установе. Угледни проф. др Павле Станковић из Гетингена увек је вољан да изађе у сусрет младим колегама из Србије. Професор хирургије, који у Немачкој живи дуже од пола века, увек је радо виђен гост на Данима српске медицинске дијаспоре. На Универзитетској клиници у Гетингену радио је четири деценије, а они који га познају кажу да његово име „отвара сва врата“ у тој установи.

У паузи између предавања на овогодишњој конференцији дијаспоре, за Гласник Лекарске коморе Србије, он говори о запошљавању страних лекара у Немачкој некад и сад, могућностима да наши млади лекари стичу знања у познатим клиникама, значају вођења медицинске документације, трећој генерацији дијаспоре...– Ни Немачка није поштеђена „одлива мозгова“ када је медицина у питању. Наиме, процењује се да око 20.000 немачких лекара живи и ради у другим земљама. Разлог лежи не само у већој заради, већ и квалитету живота, као и клими. Немци праве озбиљну анализу те појаве, јер то је за њих велики губитак. Школовање једног лекара у Немачкој кошта државу више стотина хиљада евра. Студент плаћа сваког семестра око 500 евра, зависно од универзитета. Универзитети у некадашњој западној Немачкој су



Проф. др Павле Станковић

скупљи, а ако неко хоће да студира у Ростоку, у некадашњој Источној Немачкој, студије су јефтиније. У сваком случају, толики одлив лекара представља и велики финансијски губитак. С друге стране, у Немачку је дошло 19.500 страних лекара. То је и проблем Владе. Бивша министарка здравља Ула Шмит изјављивала је да то није никакав проблем, јер је „један отишао, други дошао“. Али, није баш тако. Ако дође колега из арапске земље, Турске, Румуније, уз дужно поштовање њихових факултета, он не може одмах да замени немачког лекара због различитог менталитета, другог начина

рада. То могу да кажем и сам, као странац, из личног искуства. Пред најбољег знања медицине стеченог на, рецимо, београдском Медицинском факултету, чији сам ја ђак, потребно је време да се уклопите, достигнете тај ниво. Није у питању само знање језика. Рад лекара у Немачкој је веома компликован, с једне стране, а, с друге, веома сигуран, јер све постоји записано „црно на бело“. Све је регулисано, али не може одмах да се уђе у све то. Дешавало се, поготово у ранијем периоду, да су Немци изјављивали да би 25 одсто немачких болница морало да буде затворено да није страних лекара. То значи, страни лекари у Немачкој нису неки нови феномен, они су постојали увек.

На окрућом сџолу йоменули сџе „џри фазе“ наше медицинске дијаспоре.

Најпре морамо да схватимо шта је дијаспора, да ли ми, који себе називамо ветеранима, који смо отишли пре педесетак година, да ли наша деца која су школована тамо, али се осећају још везаним овде – што се тиче језика, културе, писма, порекла, свега. Подсетио бих да је др Мима Андрејевић Кри у Друштву српских лекара и стоматолога у Немачкој урадила много више од свих нас. То друштво постоји десет година, али чак 35 година постоји Друштво пријатеља српске културе, како је, по тадашњим прописима, регистрована подружница српских лекара још 1978. године. На Свете вране у манастиру

Хилдесхајну обележићемо лекарску славу. Трудимо се да се не претопимо у једну потпуно другачију културу. Самим тим што живимо тамо, принуђени смо да се интегришемо у тај систем, да поштујемо закон, било да плаћамо порез или возимо ауто. Али, у „четири зида“ као да сам јуче отишао одавде. Моја деца говоре српски једнако добро као и ја, читају и пишу ћирилицу, иако су ишли у немачку школу. Тај други талас дијаспоре јесте друга генерација која је тамо стасала, а од тога како смо их васпитали зависи како ће очувати нашу културу. Сад стиже трећа генерација: последње две-три године долази све више наших лекара. У време кад сам ја отишао у Немачку, селекције није било. Једноставно, била је довољна преведена диплома београдског Медицинског факултета. Нисам морао да полажем тест из познавања немачког језика. Међутим, сада је уведена провера знања језика.

То шесстирање је постојало обавезно?

Да, јер су Немци увидели да много страних лекара долази без знања немачког. Настали су судски процеси због тога што пацијент није разумео доктора или обрнуто, било је погрешних дијагноза или терапије. У неким покрајинама, од 16 колико их има у Немачкој, траже Б2 ниво знања немачког језика, а многи траже и Ц1 (још један ступањ више) и вредновање факултетске ди-

ТРИ У ЈЕДАН

Медицински факултет и Универзитетска болница у Гетингену заједно чине Универзитетски медицински центар Гетинген. Таква организациона структура обезбеђује три сегмента: здравствени, образовни и научни. Центар располаже са 1.456 кревета, а има 54.000 стационарних и 121.000 амбулантних пацијената годишње.

тако и стручно, квалификован да ради тај посао.

Колико брзо се наши лекари уклапају у нову средину?

У Немачкој ради велики број лекара из арапских земаља, Румуније, Бугарске, са простора некадашње Југославије. Имам довољно познаника и колега међу Немцима, тако да знам да су српски лекари стекли врло добру репутацију. Веома су ангажовани и труде се, тако да су у установама веома задовољни њиховим радом и знањем. Наравно, разлика у менталитету мања је у односу на, примера ради, Африканце. Много је важно да лекар може да разуме пацијента, да се унесе, комуницира не само вербално.

Где су до сада у Гетингену имали прилике да бораве и уче лекари из Србије?

Чачка, Рашке или Сомбора, јаве Комори, а Комора то пренесе нашем Удружењу. С обзиром на то да сам ја на том Клиникуму, са свим колегама се познајем јер сам ту 40 година радио, могу да питам када је најзгодније да дође наш лекар, пошто има и других странаца. Све клинике су под једним кровом. То је најбољи и најкраћи пут. Они могу да дођу на месец или два, а трошкови је смештаја и исхране плаћа наше Друштво. За време боравка лекару је обезбеђен апартман у персоналној згради. Процедура је крајње једноставна, међутим, имам утисак да нема интересовања. У Лекарској комори треба да постоји особа задужена за дијаспору.

Комора има Одбор за међународну сарадњу.

Да, али то је, рекао бих, безлично. Ако знамо именом и презименом ко је задужен за дијаспору, онда њега зовемо, с њим директно комуницирамо. Чак и да лекари који одлуче да дођу жртвују одмор, на добитку су, јер иду да нешто науче. Као што су на округлом столу рекли др Иван Илић и др Душко Млађеновић из Зворника, који су били у Гетингену, иако многе ствари које су у Немачкој видели неће моћи да примене по повратку, бар знају да то постоји.

Можеће ли да повучете паралелу између здравства две земље када је реч о организацији, постојаној култури. Шта нам негоспојавно?

Оно што смо морали да научимо радећи у Немачким клиникама, јесте систем организације, систем хијерархије. Нема ништа по принципу „лако ћемо“. Тачно се зна ко је „горе“, ко „доле“. Затим, радна дисциплина. И систем у раду. Постоји унутрашња контрола квалитета. Једном недељно свака клиника има састанке у циљу побољшања квалитета, да би се избегле грешке и да се у том интерном кругу све размотри. Кад се говори о лекарској грешци, постоје оне грешке које су нанеле штету пацијенту и оне које, срећом, нису нанеле штету, код којих је могло и боље да се уради, али пацијент није трпео због тога. Много пажње се полаже на документацију, на правовремено информисање пацијента и то знатно отежава рад лекара. Око 30 одсто радног времена лекар у Немачкој проведе у администрирању. То је велико оптерећење, али га закон приморава на то. Кад дође пацијент, лекар мора на широком да продискутује с њим проблем, да се увери да је разумео. Ако

КУД СЕ ДЕДЕ ЋИРИЛИЦА?

Морам да скренем пажњу на нешто што ме је мало разочарало. Док се ми тамо трудимо да одржимо српску културу, почев од српског језика, тај језик се овде, да кажем, сакати: говори се о фискалним уместо пореским касама, један министар објашњава да „преферира“ нешто, директорка школе на Новом Београду каже на РТС-у о новом „мобиљуру“. Ви сте се овде навикли на то, а нас веома погађа. Ретко који приказ на Данима дијаспоре био је написан ћирилицом. Од кога онда да очекујемо да чува ћирилицу? За кога је то приказивано? За наше лекаре! Мислим да је то ниподаштавање сопствене културе, уместо да се ми, као интелектуалци, залажемо да је одржимо.

племе. Ако не долазите из неке земље чланице ЕУ, они одмеравају да ли ваша диплома вреди, које сте све испите прошли, који факултет. Више нема „аутоматског“ признавања дипломе, иако су им лекари потребни. Уколико болница прими лекара-странца, а он направи неки пропуст, суд проверава да ли је болница обезбедила ту правну основу - да је страни лекар, како језички,

На Клиникуму у Гетингену наши лекари били су на општој хирургији, кардиологији, ортопедији, очној, интерној, неурологији... Мислим да је предлог да клинике из иностранства предложе контингент Лекарској комори колико лекара могу да приме на едукацију, у пракси неизводљив. На претходним Данима дијаспоре предложио сам да се заинтересоване колеге, било да су из

ДЕМОНСТРАЦИЈЕ

Пред бомбардовање Србије, вођена је медијска пропаганда међу немачким становништвом. То је било много тешко време. Ишли смо у демонстрације - моја жена и ја, са транспарентом неколико метара дугим и метар широким. Транспарент је имао три поделка: први је приказивао 6. април 1941, немачке авионе са кукастим крстом, гробља и Београд уз натпис „окупатори“; други део је приказивао енглеске авионе - савезничко бомбардовање на Ускрс 1944. уз натпис „ослободиоци“, а у трећем делу су били авиони НАТО, 1999, уз натпис „мировњаци“. Нас двоје смо транспарент носили сат и по, а онда сам замолио неке људе нашег порекла да одмене моју жену. Одбили су под изговором: „Негодно је, видеће нас неко“. Наравно, и требало је да нас виде!

није случај који мора одмах да буде оперисан, лекар му даје брошуру, свеску да се обавести о свему. Пацијент оде кући, дође још једном, доведе жену и оца да би се и њима све објаснило. С друге стране, и лекар се тиме обезбеђује.

Све чешће пацијенти траже и „друго мишљење“ (second opinion). Лекар све објасни пацијенту који онда каже „можете ли да ми дате ту документацију, ја бих да чујем још неког другог“. Има лекара који се мање-више само тиме баве. Рецимо, имају свој биро, ординацију, не раде ни дијагностику, ни терапију, него кад као пацијент дође са папирима, може да му каже или не каже шта му је претходни лекар рекао, и пита шта би он, на основу те документације, урадио. Знате како је у медицини - могу да постоје и опречна мишљења. Пацијент је тај који ће на крају да одлучи, али зависно од тога какав ауторитет има тај лекар.

Пацијент и лекар су данас њарџи-нери?

Однос лекар - пацијент много се променио од времена када сам ја почињао да се бавим хирургијом. Пацијенти су долазили и говорили: „докторе, ви то најбоље знате, имам поверења у вас да ћете то урадити најбоље“. Полазим од становишта да ниједан лекар неће намерно да погрешно уради. Само је заинтересован да операција успе. Све више се користи тај термин да је пацијент партнер лекару. Ја сам против тога. Често кажем када мени на аутопуту стане ауто, за мене је човек коме се обратим - спасилац, не могу да преговарам с њим. И пацијент је у подређеној ситуацији, али ја као лекар морам да имам ту етичку висицу да сам убеђен да сам, изабрао тај позив да му помогнем, не да преговарам. Ми не продајемо медицину, нисмо у радњи.

Колико становника користи услуге државног здравства у Немачкој?

Последњих година долази до све већег раслојавања. Социјални проблеми су све већи, велики број је избеглица, правих и лажних азиланата. То умногоме оптерећује немачки буџет и становништво. Моја жена је неуропсихијатар, има приватну праксу, а све више људи долази у њену ординацију са социјалним проблемима, због губитка посла, мобинга. Више нема сигурности у радном месту. Велики је притисак на државне болнице, а избеглице имају сва права на здравствене услуге. Кад дође са картицом, има исти третман као сваки други пацијент.

Лекари у Ирској недавно су ситиурили у штрајк због „ојасно дуој раг-

то нису чиниле. Ако неко хоће да прави универзитетску каријеру, то треба да узме у обзир, ако хоће више да заради, треба да иде у окружну или градску болницу. Ја сам сваке суботе и недеље правио визите, а то се нигде није водило што се тиче плаћања. Али то се подразумева: ако сам у петак оперисао, не могу да седим код куће испред телевизора и да не размишљам да ли се пацијент можда инффицирао, пао из кревета, искрварио итд. Сигурно се ради још 15-20 сати више него на папиру.

Један број наших лекара виде Немачку као добру шансу за њосао који у Србији чекају годинама, без обзира на висок њросек.

Трећа генерација дијаспоре у болјој је позицији. Лакше ће да се интегришу. Та генерација углавном одлично говори енглески, али је тамо потребно и знање немачког. Медицинска терминологија је немачка, не латинска. Потребно да се што пре повежу међу собом и са нашим Друштвом, да знају ако им је потребан савет како да се односе према пацијенту, где треба да се пријаве, јер то може да им буде велика помоћ нарочито у прво време. Углавном долазе на одличне клинике. Од оног дана када дођу на клинику, лекару тече специјализација. Он ће после морати да, као и сви, полаже специјалистички испит, а да ли ће после четири-пет година одлучити да остане у Немачкој или да се врати,

СРПСКИ ПАСУЉ

Нема дискриминације према српским лекарима. Деведесетих година прошлог века, међутим, били смо под страховитим притиском. И ја сам био оптужен да спремам убиство неког функционера из неке међународне организације, а да нисам знао ни да тај постоји! Било је то време кад сам се плашио да децу пустим у школу. Пацијенти које сам оперисао прелазили су на другу страну улице како би избегли да се сретну са мном. Навешћу још један детаљ као илустрацију: на Клиникуму који има 7-8.000 запослених (највећи је послодавац у граду) постоји и кантина са различитим менијима. Једно од најомиљенијих јела био је српски пасуљ, а натпис је био на на жутој табли. Кад је 90-их почела сатанизација Срба, преко тога су залепили бели фластер и написали „мексички пасуљ“, иако заправо није промењен. Кад се све завршило, фластер је скинут.

ној времена“, смене џрају и до 36 сати. Какво је радно време лекара у Немачкој?

У Немачкој радна недеља износи 37,5-38 сати. На папиру. Немогуће је држати се „слова закона“ ако сте запослени на хирургији. Има болница које плаћају прековремени рад. Универзитетске болнице углавном

зависи од ситуације и напредовања. Ја сам првих 20 година још увек намеравао да се вратим у Србију. После ми је постало јасно да нико неће да се измакне, да бих ја сео. А, да почнем од почетка нисам желео. То може да се деси и нашим колегама кад заврше специјализацију, али је можда излаз у приватној пракси.

Јасмина Томашевић

ИНТЕРВЈУ АКАДЕМИК, ПРОФ. ДР ВЛАДИМИР КОСТИЋ,
ДИРЕКТОР КЛИНИКЕ ЗА НЕУРОЛОГИЈУ КЦС

НЕМАМ РАСЕУ У РУКАВУ

// ГОТОВО ДА НЕМА ЕВРОПСКИХ АЛГОРИТАМА ИЛИ УПУТСТАВА ЗА ПОЈЕДИНЕ НЕУРОЛОШКЕ БОЛЕСТИ, А ДА У ЊИМА НИСУ КАО АУТОРИ УЧЕСТВОВАЛИ НАШИ СТРУЧЊАЦИ // У ПОГЛЕДУ ГЕНЕТИЧКИ ПЕРСОНАЛИЗОВАНЕ ТЕРАПИЈЕ У НЕУРОЛОГИЈИ ПРЕД НАМА ЈЕ ДУГ ПУТ, АЛИ СУ ВРАТА ВЕЋ ОДШКРИНУТА //



Академик Владимир Костић са сарадницима

Клиника за неурологију КЦС, која представља „врх пирамиде“ у српској неурологији, обележила је 10. октобра вредан јубилеј: 90 година рада. Колико је данас, у 21. веку, захтевно усклађивање свих „улога“ – здравствене установе терцијарног нивоа, научне институције и наставне базе Медицинског факултета – у разговору за Гласник Лекарске коморе Србије, објашњава академик, проф. др Владимир Костић, директор Клинике за неурологију Клиничког центра Србије.

Улога коју овакве институције обављају изузетно је захтевна, под условом да се заиста врши она улога која јој је намењена, што Клиника за неурологију КЦС уверен сам чини. Бојим се да постоји шире друштвено неразумевање улоге и функције таквих терцијарних установа. Као прво, код нас долазе најкомпликованији болесници који више немају где да оду и који често месецима или годинама нису дијагностиковани. Над таквим болесницима нужно је да се замишљамо, ишчитамо мудрије књиге, а

то тражи време. Не могу стандарди да буду истоветни као у секундарним институцијама. Осим тога, ми уз болесничке кревете учимо студенте, специјализанте и лекаре који долазе да се усаврше из појединих области. И то тражи време, али ће зато један оспособљени и просвећени специјалиста сутра бити у стању да сам решава случајеве који су традиционално упоућивани на Клинику. Најзад, ма колико и на нивоу терцијарних установа постоји омаловажавања истраживања, нема успешног лекара у терцијарног

21 <

установи ако га не мучи радозналост, жеља да се себи и другима објасне проблеми свакодневне праксе, уведу нове методе и друго. Без истраживања и научног рада нема академске, терцијарне установе.

Недавно је одржан Конгрес неуролога Србије који је изазвао велико интересовање лекара. Где је место београдске неуролошке школе у европској и светској неурологији?

Конгрес неуролога Србије традиционално се одржава заједно са Конгресом Друштва за неуронауку Србије и Симпозијумом Друштва неуролошких сестара Србије и ове године је било око 700 учесника. Није никаква куртоазија ако констатујем да је напредак, посебно млађих колега, једноставно, „видљив голим оком“. Штавише, било је око 120 неуролога из региона бивше Југославије, што нам говори да смо и регионално препознати као водећа институција. Али... Уз сво поштовање за реалне проблеме и често присутно неразумева-

>>> Клиника за неурологију Клиничког центра Србије је несумњиво водећа неуролошка институција у нас. На неколико међународних састанака радовао сам се попут детета када је употребљена флоскула „београдска школа“ <<<

ње улоге неурологије од оних који воде здравствене установе, постоји озбиљан зјап чак и између универзитетских неуролошких клиника. Клиника за неурологију Клиничког центра Србије је несумњиво водећа неуролошка институција у нас. На неколико међународних састанака радовао сам се попут детета када је употребљена флоскула „београдска школа“. Неуролози ове куће ће само 2013. године публиковати скоро 60 стручно-научних радова у заиста престижним међународним часописима. Готово да нема европских алгоритама или упутстава за поједине неуролошке болести, а да у њима нису као аутори учествовали наши стручњаци. Међутим, да бисмо одржали такву позицију неопходна је већа домаћа конкуренција, неопходне су друге клинике које ће бити боље у читавом низу домена и при-

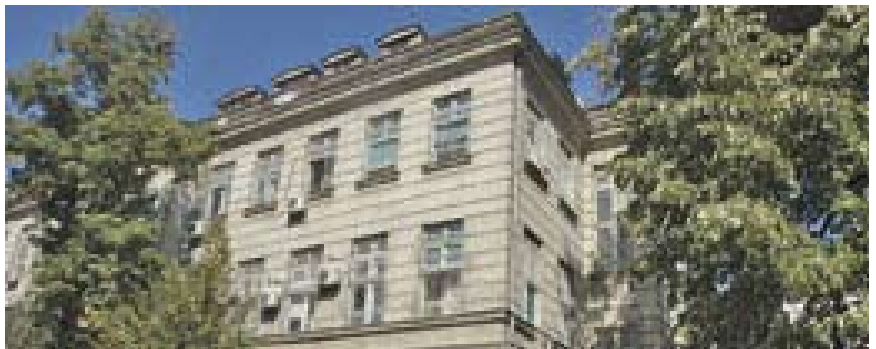
ТРОМБОЛИЗА

Мало је познато да је у Србији је око 1.000 болесника са цереброваскуларним инсультотом (можданим ударом) лечено тромболизом. Прва јединица за мождани удар основана је у КЦС 2005. (средствима спонзора и КЦС). Данас постоји већи број таквих јединица по Србији, не само по универзитетским центрима. Направљен је огроман напор, који држава није у пуној мери препознала, да се ишкољују људи који примењују тромболитичку терапију. Кад је у питању мождани удар, не могу се мерити само резултати преживљавања. Мождани удар данас је у врху у Србији, посебно међу женском популацијом, а код болесника који преживе, он је највећи разлог инвалидности, драматично оштећеног квалитета живота. Резултати примене тромболитичке терапије до сада су веома позитивни, што је презентирано на стручним састанцима.

маравати нас на такмичење. Највећи проблем за младе неурологе на нашој Клиници је прерани утисак да су бољи и успешнији него што је то заиста случај, не схватајући да је то преваходно последица недостатка конкуренције. Ипак, добро је да у Србији постоје Клинике оваквог капацитета и међународног утицаја, ако ће и саме да схвате да је део њихове улоге да помажу и друге установе да се лествица квалитета стално подиже.

Колико се неурологија у 21. веку променила у односу на период од пре три или четири деценије - с обзиром на примену софистициране неуроимигини технологије, дигиталну технологију, лекове најновије генерације?

Променила се у мери да се сваки пристојан неуролог старије школе мора осећати беспомоћним. У прошле три-четири деценије неурологија постаје прави интелектуални изазов - отуда толики интерес младих лекара, од гране у којој се „лече ретке болести, које је тешко

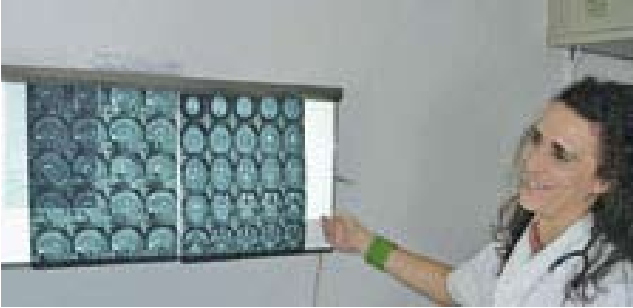


Зграда Клинике за неурологију КЦС

ТРАДИЦИЈА

Пре 90 година основана је у Београду Клиника за душевне и живчане болести, а истовремено и Катедра за психијатрију и неурологију. Била је то прва академска неуропсихијатријска установа у Краљевини Срба, Хрвата и Словенаца, на челу са чувеним др Лазом Станојевићем. Наследници те „клинике и катедре“ данас су Клиника за неурологију и Клиника за психијатрију КЦС. Значајан јубилеј, 90 година рада, обележен је 10. октобра ове године свечаном академијом у Југословенском драмском позоришту којој је присуствовала министарка здравља, личности из врха српске медицине, јавног и културног живота.

дијагностиковати и готово немогуће лечити“. Нажалост, иако ништа није нетачније од ове предрасуде, она је још увек присутна, чак и у стручним круговима, до области која „лечи популационе болести, са могућношћу етиолошког увида до молекуларног нивоа и вероватно међу најкомпетентнијим могућностима лечења када су у питању интернистичке гране“. Те вртоглаве промене захтевају да из почетка учимо имунологију, генетику, бихејвиоралну неурологију, итд. Нажалост, изузетан напредак у познавању етиологије и дијагностике у неурологији није праћен и упоредним развојем неурофармакологије, сем можда у области мултипле склерозе. Бојим се да смо током последње деценије ушли у извесну терапијску стереотипију, уз очекивања да се искораци ипак догоде у следећих неколико година.



САВРЕМЕНА ДИЈАГНОСТИКА



ИНТЕРНЕТ КАФЕ ЗА ПАЦИЈЕНТЕ

Због чега је важна рана дијагноста и рано отпочињање терапије код неуролошких обољења?

Постоји једна чаробна могућност нервног система која се зове „неуропластичност“. У неким болестима данас знамо да патолошки процес почиње и неколико деценија пре појаве клиничких симптома и знакова. На пример, у Паркинсоновој болести се моторни проблеми јављају тек када је више од 50 одсто „одговорних“ неурона већ уништено. То значи да патолошки процес болести немо тече дуго пре него што се клинички испољи, указујући на деловање бројних механизма компензације. Али, када се симптоми јаве већ је оштећен велики део „машине“. Најзад, са понављаним оштећењима у појединим болестима све су ограниченије и могућности опоравка. Према томе, трудимо се да болест установимо што је раније могуће, чак и преклинички, када је највећи део супстрата који желимо да спасемо још очуван. Најзад, са упознавањем фактора ризика, у стању смо да превенирамо не само мождани удар, већ и болести за које нисмо пре само неколико година ни сањали да је могуће, као на пример, Алцхајмерову болест.

Каква је улога наследног фактора у настанку најчешћих неуролошких обољења?

Најједноставније речено: велика! Али, треба разликовати узрочне мутације, од често нормалних полиморфизама, присутних у нормалној популацији, који су повезани са већим ризиком да се одређена болест јави. У најједноставнијем сценарију мутација у једном гену узрокује болест - тзв. моногенско наслеђивање, али чак ни тада сви носиоци мутације не морају да оболе. Дешава се да у последњих пар генерација нико није оболео, иако се мутација преносила, па се болесник при саопштавању да је болест наследна чуди јер „нико мој није имао

ништа слично“. Са друге стране, већи број нормалних генских варијета од којих сваки носи повећану предиспозицију за развој неке болести, иако појединачно њихов утицај на повећање ризика није посебно велики, ако се код појединца групише њихово присуство, кумулативно они могу да досегну праг реалне опасности или статистичке извесности да ће се болест јавити. Очито, да треба бити опрезан у ко-

АКАДЕМИК

Проф. др Владимир С. Костић редовни је професор неурологије на Медицинском факултету Универзитета у Београду и члан Српске академије наука и уметности. Усавршавао се у Лондону и Њујорку. Аутор је неколико књига и уџбеника, као и великог броја научних радова - више од 150 публиковано је у целини у међународним часописима који се цитирају у Current Contents. На бројним универзитетима широм света предавао је, по позиву, а члан је више домаћих и страних стручних и научних удружења. Руководио је већим бројем домаћих и међународних пројеката.

ришћењу појма наследности и често и нехотице направимо велики проблем успаничивши и болесника и породицу. Време је да се приступи формирању центара у којима ће болесници добијати не само дијагнозу, већ и генетско објашњење и генетски савет.

Располажете и лабораторијом за генетичко-молекуларну дијагностику. Какав је њен значај у смислу терапијској ирисцуија?

Добро сте учили да смо веома поносни на ову лабораторију. Њен примарни значај у овом тренутку је на нивоу дијагностике. Способни смо да брзо и дефинитивно потвр-

димо или одбацимо дијагнозе више од 30 болести, на које смо претходно могли само да сумњамо и да их евентуално током вишегодишњег праћења клинички потврдимо. Оваквом дијагностиком постигнут је апсолутно нови, виши ниво егзактности. Међутим, све више се говори о фармакогенетици, тј. избору оптималне терапије зависно од генетског контекста појединца, односно постојања или одсуства одређених нормалних генетичких варијетета. На пример, тзв. „вакцину“ против Алцхајмерове болести нисмо примењивали код болесника са дефинисаним полиморфизмом аполипопротеина Е, јер је показано да код тих болесника нема ефекта. У погледу генетички персонализоване терапије у неурологији, пут пред нама је очито дугачак, али су врата већ одшкринута.

Ваша Клиника учествује у бројним истраживачким пројектима.

Угледни стручњаци наше Клинике истовремено су и руководиоци шест научних пројеката при Министарству за просвету, науку и технолошки развој и то приближно одговара броју истраживачких група које се баве појединим, специфичним проблемима неурологије. Групе са најдужом традицијом у стручно-научним истраживањима су оне које се баве неуродегенеративним болестима, пре свега, дегенерације типа Алцхајмерове болести и Паркинсонове болести, затим мултиплом склерозом, мијастенијом гравис, полинеуропатијама, миопатијама, цереброваскуларним болестима и епилепсијом, али се појављују млађе колеге са новим иницијативама. Покушавамо да у том раду уско сарађујемо са групама из света, првенствено Европе, типа тимова из Италије, Немачке, Грчке, Русије, Енглеске и др. Протеклих година је публикован читав низ радова протеклих из такве сарадње, укључујући и скорашње откриће гена чије су мутације у основи калцификације базалних ганглија.

23 <

Генетичка основа неуродегенеративних болести – истраживање је Академије наука који се сироводи по Вашим вођама. О каквом истраживању је реч?

Ради се о покушају дефинисања најчешћих генетичких разлога за развој Паркинсонове и Алцхајмерове болести, као и појединих форми дистоније. У основи је нада да ћемо се открићемо мутација, а потом и функције нормалног, односно мутираног гена, приближити разумевању етиологије и евентуалних нових терапијских стратегија.

Клиника за неурологију укључена је и у студије истраживања лекова.

Наравно! Најбољи начин клиничког тестирања нових молекула су управо контролисане клиничке студије. Нема озбиљније клинике, а да се у њој не обавља ова врста испитивања. Наравно, неопходно је да се обезбеде сви законски услови да би пре свих и изнад свих болесник био у пуној мери заштићен. Фаза у којој се на болесницима испитује ефикасност и сигурност лека изводи се тек након вишегодишњих фаза испитивања истог лека, укључујући и испитивања на животињама, да би се са што је могуће већом сигурношћу ушло у клиничке студије. У нашој јавности се говори о експериментима над болесницима и употреби лекова који се производе у другим земљама, а тестирају на нашим болесницима. Под таквим притисцима у Клиничком центру Србије смо донели јединствено правило да се не одобравају испитивања уколико се не обављају у домицилној земљи произвођача. Морам да кажем да су код нас, а посебно у Клиничком центру Србије, донесена строга, повремено ригорозна правила за одобравање таквих студија са циљем да болесник буде максимално заштићен и да се, у случају његове жеље, настави терапија активним леком. Поред тога, да би се уопште укључили болесници морају да прочитају детаљну информацију, добију довољно времена да размисле или се консултују, и тек по потписивању пристанка могу се укључити. Да скратим, важно је да јавност зна да се ради о области у којој регулатива није заостајала за битним европским стандардима. Алтернатива је да се наши болесници нађу на зачелу могућности да приђу новим једињенима у фази испитивања.

Међу новим националним водичима ове године су и водичи за ди-

COST-BENEFIT

Морамо полако да уводимо културу процене cost-benefit-а. И на нивоу КЦС треба да постоји озбиљна анализа коришћења апарата, као што је било покушаја, кад се купи нови апарат после годину дана да се питамо шта је урађено, колико је урађено, колико се зарадило, за колико ће бити амортизован.

Има институција као што је Клинички центар у којима се неки апарати користе налик „бичевању док коњ не умре“, јер нема могућности да се избегне огромна навала, док у другој институцији нема гужве, иако се налази само стотинак километара од Београда. Куповани су апарати који далеко превазилазе искуства оних који би требало да читају- да не говорим о НМР од ЗТ који је КЦС тек сада добио, иако има најкомпетентније људе да се тиме баве.

Јајносиковане и лечење Алцхајмерове болести, мултипле склерозе, несанице. Колико ће они бити од помоћи здравственим професионалцима широм Србије? Да ли би било (још) боље да постоје обавезујући протоколи?

Водичи у области неурологије су прављени и раније. Као и три наведена, уобличавани су од наших истакнутих неуролога управо за специфичне теме. Међутим, чак и у развијеном свету, водичима се у пракси свакодневно користи тек петина лекара. Ипак, на овај начин се веома успешно прекида са терапијским заблудама, које могу да буду неочекивано отпорне на промене, и обезбеђују јасни путокази када, коме и како треба примењивати одређени лек и шта болесник од њега може да очекује. Слични водичи постоје и у сфери дијагностике појединих болести и у њима су на европском нивоу учествовали и лекари Клинике за неурологију КЦС. Лично се плашим обавезујућих протокола, јер не постоје идеално-типски болесници. Пре сам за установљавање минималних и оптималних критеријума у дијагностици и терапијском приступу одређеним дијагнозама, који не би искључивали ни идеје лекара, па ако хоћете ни онај ирационални аспект медицине који се несрећно журимо да напустимо, а који укључује, рецимо, и интуицију лекара.

Велики број неуродегенеративних болести скопчан је са старашћу. Шта можемо да очекујемо с обзиром на чињеницу да је наше стараштво све старије?

Као друштво дефинитивно старије, да покушам да будем духовит, „без своје кривице“ и на ту чињеницу морамо спремити одговор. Изазови пред медицинском службом ће у следећих 20 година бити битно уобличавани геријатријском проблематиком. На пример, деменција. Тврди се да готово 10 одсто старијих од 70 година пати од деменције, само 15 одсто оних који су старији од 80 година може да се креће брзином која је предвиђена за пешачке прелазе и слично. Међутим, иако се велики број неуродегенеративних болести повезује управо са старењем, постоје запажања да се крива помера улево, тј. да се неке ексклузивно болести старења, јављају раније. Можда се ради о бољој и бржој дијагностици, али можда и цивилизација полако узима свој данак.

Верујете ли да млади научници имају перспективу у Србији? Како их зарђајати?

Да бих отклонио сумњу да се ради о демагогији, моја деца - ако је то адекватан назив за људе старије од 30 година - су у Србији и овде завршавају докторске дисертације. И то није моја, већ њихова одлука. Испуњава ме тугом генерацијски став да је „живот негде другде“ и да ће се сусрет са срећом одиграти по преласку границе. Наравно, не бих то називао дефетизмом, јер су проблеми бројни, њихово решавање дуго траје, а свако од нас живи свој кратки, једини живот. Један од проблема, чак и када би постојали оптимални услови, јесте недостатак правих учитеља и научних ментора, чињеница да смо били принуђени да у појединим областима прескочимо читаве технолошке циклусе у истраживачким методологијама. Стога треба да се умрежујемо са групама и институцијама из иностранства, да се можда уведу једнократни пројекти за младе истраживаче који би, без резултатских услова, служили да они посете центре који су блиски њиховим интересовањима и где би покушали да проникну у могућности сарадње. Немам рапасау у рукав, могуће је и да су проблеми различити од области до области, али сат откуцава неопходност да се нешто сиве масе коју имамо грчевито посвети овом проблему.

Јасмина Томашевић



Осигурано лице не може да захтева промену места на коме се налази у листи чекања из немедицинских разлога, осим у случају смрти члана уже породице уз одговарајући доказ.

Немедицински разлози због којих здравствена установа може да изврши промене у листи чекања у оквиру рока за пружање здравствених услуга прописаних овим правилником, су: квар на апаратима, тренутни недостатак медицинских средстава или реагенаса, извођење неопходних грађевинских радова у здравственој установи који нису могли бити планирани и сл.

БРИСАЊЕ СА ЛИСТЕ ЧЕКАЊА

Медицински разлози за брисање осигураног лица са листе чекања су: пружена здравствена услуга у тој здравственој установи или у другој здравственој установи, могућност лечења пружањем друге врсте здравствене услуге или пружање друге врсте дијагностике за коју се не утврђује листа чекања, високи ризик по здравље осигураног лица, промена здравственог стања осигураног лица чиме је здравствена услуга за коју је стављено на листу чекања контраиндикована, стављање на листу чекања у другој здравственој установи.

Немедицински разлози за брисање осигураног лица са листе чекања су: лична изјава осигураног лица у писаној форми да не жели пружање здравствене услуге за коју је стављено на листу чекања, престанак својства осигураног лица, смрт осигураног лица и сл. Ако без оправданог разлога осигурано лице у року из овог правилника својим одговором не потврди свој долазак у здравствену установу ради пријема или не дође у заказаном термину у здравствену установу у којој је стављено на листу чекања ради пружања здравствене услуге, здравствена установа га брише са листе чекања.

Време чекања за пружање здравствене услуге утврђује се према критеријумима и времену предвиђеном за пружање здравствене услуге, утврђеном у Прилогу овог правилника и датуму резервације изабраног лекара. Најдуже време чекања такође је прописано у Прилогу овог правилника.

НАДЗОР НАД ЛИСТОМ ЧЕКАЊА

Надзор врше надзорници осигурања Републичког фонда и надзорници осигурања филијала Републичког фонда.

Ако се у поступку надзора, утврди да је у здравственој установи извршено померање осигураних лица у листи чекања, из немедицинских разлога, за више од 10 одсто укупног броја осигураних лица за период до два месеца, надзорници осигурања могу да предлаже умањење уговорене накнаде за рад здравственој установи.

Ако здравствена установа стави осигурано лице на листу чекања прекорачујући најдуже време чекања прописано овим правилником, Републички фонд ће умањити накнаду здравственој установи.

Правилник ступа на снагу осмог дана од дана објављивања у „Службеном гласнику“ Републике Србије, а примењује се од 1. јануара 2014. године, осим члана 3. став 1. и члана 31. овог правилника.

Здравствене установе у којима су формиране листе чекања до дана ступања на снагу овог правилника, ускладиће листе чекања са одредбама члана 3. став 1. и члана 31. овог правилника до 31. децембра ове године.

Аутор правилника је одредио: – Клиничке критеријуме и стандардизоване мере за процену здравственог стања осигураних лица на основу којих се, у зависности од степена приоритета захтеване процедуре, сврставају у групе према дужини чекања: до два, до три, до шест, до дванаест месеци; – Неопходну документацију за стављање на листу чекања; – Здравствене услуге које мора да буду пружене у року од 30 дана, а за које се не утврђују листе чекања. При томе се осигурана лица у зависности од хитности захтеване процедуре сврставају у следеће групе према дужини чекања одмах: до три сата, до 24, до 48 сати, до 72 сата, до седам дана, до тридесет дана.

ШТА МОЖЕМО ОЧЕКИВАТИ ОД ПРАВИЛНИКА

Правилник је свакако алат од користи лекарима за бољу организацију рада са пацијентима који мора да се нају на листама чекања.

Правилник може увести већи ред у пружању здравствених услуга које се налазе на листи чекања, као и услуга које мора да буду урађене у року од 30 дана.

Правилник онемогућава да се услуге обухваћене правилником обављају без икакве претходне документације.

Правилник поставља клинички пут између пацијента, доктора и листе чекања са прецизним дефинисањем поступака сваког од учесника, како за постављање, тако и за померање и брисање са листе чекања. Одредбом према којој се пацијент, за кога се не може у предвиђеном року заказати процедура, упућује Фонду на даље решавање – даје наду пацијентима.

Правилником ће отићи у историју мука пацијентата да сами заказују прегледе са листе чекања било путањима у градове само због заказивања или дуготрајним често неадекватним телефонски разговорима.

Пацијенти ће на адекватан начин бити обавештавани о свим релевантним корацима у вези са припремом и датумима извођења процедуре.

Лекар који обавља процедуру, пре прегледа имаће на увид сву потребну медицинску документацију, јер без ње неће бити могуће да пацијент буде уписан на листу чекања.

ШТА НЕ МОЖЕМО ОЧЕКИВАТИ ОД ПРАВИЛНИКА

Правилник не може решити већ постојеће листе чекања, нити утицај постојећих листа чекања на најдужа времена чекања по новом правилнику, што може довести до обесмишљавања самог правилника већ на самом почетку његове примене.

Правилник не може повећати број апарата, уградног материјала и свих осталих елемената неопходних за извршавање процедуре. Али, то су питања и проблеми и задаци које морају решавати креатори и носиоци здравствене политике – Фонд и Министарство здравља.

Лекарска комора жели овим путем да упозна стручну јавност, односно своје чланство, да су у овом правилнику добили алат за свој рад у 2014. години који им може бити од користи у свакодневном раду, а колико је он квалитетан и добар ће показати година која је пред нама. //



практично део средстава РФЗО прелије у буџет - што је оцењено као неприхватљиво.

Одговорност Министарства здравља, РФЗО, односно креатора здравствене политике је огромна. Лекари као носиоци посла у здравству су спремни да помогну и дају свој допринос, али су до сада били недовољно укључени. И овај скуп је један од покушаја да се укаже на актуелне проблеме и евентуалне правце изласка из кризе и коначно започну реформе које се декларативно већ дуго спроводе, али резултата као што сви видимо, још увек нема.

У сарадњи са Институтом за упоредно право биће штампана и књига посвећена овом семинару. //



СЕМИНАР СА МЕЂУНАРОДНИМ УЧЕШЋЕМ „ЗАШТИТА ПРАВА ПАЦИЈЕНАТА“

ПАЦИЈЕНТ У СРЕДИШТУ ЗДРАВСТВЕНОГ СИСТЕМА

Семинар „Заштита права пацијената“, са међународним учешћем, одржан је 24. септембра у Клубу посланика у Београду. Скуп је организовала Еуросфера, под покровитељством Министарства здравља Републике Србије, Министарства здравља Републике Српске, Института за јавно здравље „Др Милан Јовановић – Батут“ и Сталне конференције градова и општина, и уз подршку Лекарске коморе Србије, Здравственог савета, Коморе здравствених установа Србије, Покрајинског секретаријата за здравство Војводине и Секретаријата за здравство Београда.

Проф. др Славица Ђукић Дејановић, министарка здравља Србије, у поздравној речи, подсетила је да је скуп организован поводом почетка примене Закона о правима пацијената и закона о заштити особа са посебним потребама. Она је најавила да ће, у складу са законом, у окви-

ру локалних заједница, од 1. децембра почети да раде саветници за заштиту права пацијената, а тај посао обављаће правници са најмање пет година радног искуства. Дејановићева је истакла да су права пацијената мерљив инструмент који показује колико се поштују људска права у некој средини и колико је потребно да се ради на томе.

Др Драган Богданић, нови министар здравља Републике Српске, рекао је да је заштита права пацијената у центру пажње Министарства на чијем је он челу, при чему се у својим активностима руководи Европском повељом о правима пацијената и законима у Српској. Протеклих година начињено је низ корака у тој области. Између осталог, здравствени радници едуковани су о правима пацијената и именовани заштитници права осигураних лица. Према речима др Богданића, процес информисања осигураника о њиховим

правима почео је 2007, уведени су информативни телефони, а према резултатима анкета – у порасту је задовољство осигураника у вези са остваривањем њихових права.

Др Миљана Грбић, директорка канцеларије Светске здравствене организације за Србију, истакла је да политика СЗО за 2020. годину подразумева рад на унапређењу здравља и смањењу неједнакости у остваривању здравствене заштите, без ограничења због финансијских могућности.

О мери физичког спутавања и изолације лица са менталним сметњама у психијатријским установама – говорила је Славка Лакићевић, помоћник министра здравља, а Радмила Иванек из истог министарства, говорила је о законском оквиру и организацији у области права пацијената.

Прим. др Татјана Радосављевић, директорка ЛКС, одржала је преда-

а ЛКС и даље ће се бавити овим питањем – рекла је др Радосављевић.

Проф. др Георгиос Константиноидис, председник УО Коморе здравствених установа Србије, говорио је о заштити права пацијената са аспекта давалаца услуга. Он је подсетио да се, с једне стране, пацијент или родбина каткада жале да нису добили информацију ни више дана, али, с друге стране, често се инсистира на „тачној“ прогнози, упоређују се добијене информације. – Најчешће се тражи „савремена здравствена заштита“ о којој су пацијенти „одлично“ информисани преко средстава јавног информисања и интернета, а неретко траже од лекара „гаранцију“ да ће процедура или лечење успети – рекао је проф. Константиноидис.

Када је реч о праву пацијента да напусти установу на сопствену одго-

ворност, проф. Константиноидис укажује да је то често неодговорно, а за последицу може да има продужено лечење, већи број компликација и више утрошених средстава (углавном државних). Неуспех лечења се приписује установи и особљу. – Пацијент је „дужан“ да се односи са поштовањем и уважавањем здравствених радника и здравствених сарадника. Непоштовање може довести до прекида лечења, уз претходно упозорење од стране здравственог радника – указао је професор, говорећи о обавезама пацијента.

Постојање заштитника права пацијената, правника из здравствене установе на коју пацијент има притужбу, лоше је решење како за установу, тако и за пацијента.

Према новом Закону, права пацијената штити Саветник за заштиту права пацијената (дипломирани

правник са положеним испитом за стручни рад у органима државне управе и најмање три године радног искуства или познавања прописа из области здравства) и Савет за здравље – који представља новину у нашем правном систему, а формира га јединица локалне самоуправе. Чланови Савета су представници локалне самоуправе, здравствених установа, РФЗО и удружења пацијената. Да би Закон имао ефекта важно је, сматра овај стручњак, и да здравствени радници буду уверени да ће им помоћи у раду.

Циљ семинара био је да се размотри могућност да пацијент буде у центру здравственог система. Скупу су присуствовали представници здравствених установа, државне управе, локалне самоуправе, коморског система, као и невладиног сектора. //



Проф. др НАДЕЖДА ЧОВИЧКОВИЋ ШТЕРНИЋ, министарка здравља
ПРОФ. др СЛАВИЦА ЂУКИЋ ДЕЈАНОВИЋ и др ЈАСМИНА ГРОЗДАНОВ

Радионице су организовали Министарство здравља и Републичка стручна комисија за израду и им-

плементацију водича добре клиничке праксе, уз подршку Института за јавно здравље Србије „Др

Милан Јовановић Батут“ и пројекта „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ – DILS Мини-



АНКЕТИРАНИ СУ ПРОВЕРИЛИ И СВОЈЕ ЗДРАВЉЕ



КУЋНА ПОСЕТА АНКЕТИРАНИМ ГРАЂАНИМА



ИЗЛАЗАК ТИМА НА ТЕРЕН

На тај начин биће омогућено ефикасно планирање даљих активности и мера Министарства здравља, са акцентом на превенцију и модификацију фактора ризика за настанак масовних незаразних болести (кардиоваскуларних обољења и стања, малигних болести, шећерне болести, поремећаја менталног здравља, хроничне опструктивне болести плућа и хроничних обоље-

ња мишићно-коштаног система) у складу са стратегијом масовних незаразних болести регионалног комитета Светске здравствене организације за Европу.

У истраживању здравља становништва Србије 2013 учествовало је 77 трочланих тимова: два анкетара истраживачке агенције „ИПСОС Стратешки Маркетинг“ и једног медицинског радника који је обављао

предвиђена мерења тежине, висине, крвног притиска.

Истраживање здравља становништва Србије се спроводи у оквиру реализације пројекта „Пружање унапређених услуга на локалном нивоу“ – ДИЛС, који се финансира из кредита Светске банке.

Прелиминарни резултати очекују се крајем 2013. и почетком 2014. године. //

ЗДРАВСТВЕНИ СИСТЕМ

ПОВОДОМ НАЈАВЕ УВОЂЕЊА ПОРЕЗА НА ПЛАТЕ

Писмо СЛФС Министарству финансија Владе Србије

УМЕСТО УШТЕДЕ, НАЈАВЉЕНЕ МЕРЕ ПОВЕЋАЋЕ НЕЗАДОВОЉСТВО ЛЕКАРА

Поштовани,

Обраћамо Вам се по други пут у вези најављеног пореза на плате у јавном сектору, односно здравству. Главни одбор Синдиката лекара и фармацеута Србије на седници од 12. новембра је донео следеће заључке.

Уз сво поштовање свих запослених у јавном сектору, послови лекара разликују се од свих других. По дужини и тежини едукације која се дипломирањем не завршава, сложености посла и одговорности којуносимо као и опште друштвеном значају наше професије, а што би Влада Србије морала да препознаје.

Када се пакет економских мера распакује и пажљиво размотри, мере усмерене на здравство које броји око 120.000 запослених, односе се практично само на око 17.000 лекара и то лекара специјалиста. Поред свих објашњења и тумачења то значи само и искључиво једно, а то је да ова мера представља



САМЊИВАЊЕ ПЛАТА ЛЕКАРИМА!

Смањивање, уместо да преговарамо о повећању и овако недовољних плата, смањивање плата најстручнијима, наједукованијим и најискуснијим лекарима. Лекарима који су годинама чувари социјалног мира у овој земљи и захваљујући којима се здравствени систем одржава. Колико ће то смањивање плата допринети јавно прокламованим ставовима да се стање у здравству мора поправљати, да људе треба стимулисати, да се мора смањити одлазак најстручнијих лекара из земље? Колико ће нам то свима помоћи, а колико одмоћи остављамо вама да процените.

Али, оно што није ствар процене, ствар личног става или односа према проблему, то су чињенице које једноставно стоје. Лекари односно

здравство, плате не добијају из буџета Републике Србије, већ из Републичког фонда за здравствено осигурање (РФЗО). Здравство није буџетски корисник. „Уштеда“ на нашим платама би била „уштеда“ у РФЗО, јер су то средства Фонда, а не буџета. Ваша намера би значила посезање за средствима РФЗО односно средствима која не спадају у буџет. Истовремено држава, односно буџет, годинама не испуњава ни мали део

својих обавеза према РФЗО. Да ли ико мислећи намерава да из средстава РФЗО, која су и иначе недовољна, а за шта је и држава пре свега одговорна, прелива новац у буџет! И има ли за то уопште законског основа?

И молимо Вас такође да израчунате, математички, колико је то новца, када се сабере порез за

17.000 лекарских, специјалистичких плата које су просечно око 75.000? Која је то сума у односу на суму која треба да се уштеди у буџету? Колико то суштински доприноси прокламованом циљу, а колико штете и проблема потенцијално прави? Ми смо уверени да удар на лекаре не може променити економску ситуацију у земљи, али може свакако допринети незадовољству лекара које је и сада велико! И дужни смо да вам на то укажемо.

Дубоко незадовољни најављеним мерама, наше даље кораке ћемо размотрити у периоду који долази.

У Београду, 12.11.2013. године

Председник
Синдиката лекара и фармацеута Србије
др Драган Цветић
спец. анестезије и реаниматологије

Председник ГО СЛФС
Мр сци. мед. Мрвић др Зоран
спец дечије хирургије и дечије урологије



Машинском факултету, Институту Винча и Институту за физику, у Неурокардиолошкој лабораторији је започет и развој нано-медицинских метода у циљу новог приступа у лечењу болести. Резултати тих истраживања су представљени на многим састанцима у свету и привукли су велику пажњу, као медицина будућности.

СИНКОПА ЦЕНТАР

Неурокардиолошка лабораторија се у самом почетку рада профилисала и као један од највећих светских центара за лачење криза свести, са посебним освртом на неурокардиогену синкопу. Уз помоћ високософистициране опреме, могуће је врло ефикасно утврдити узрок губитка свести код пацијената и предузети одговарајуће лечење.

ОБЛАСТИ У КОЈИМА СЕ РАДИ ДИЈАГНОСТИКА ПАЦИЈЕНАТА

Кардиологија: предикција кардиоваскуларног морталитета код инфаркта и осталих болести, дијагноза синкопе, испитивање хемодинамског одговора на лекове, неинвазивно мерење крвног притиска и хемодинамских параметара, терапијска опсервација након уграђивања пејсмејкера, примена у интезивној нези, евалуација аутономног нервног система и барорефлексног сензитивитета, опсервација пацијената са трансплантираним срцем и др.

Неурологија: евалуација аутономног нервног система у свим неуролошким болестима, дијагностика аутономне неуропатије и барорефлексног сензитивитета, дијагноза синкопе и анализа перфузије мозга применом слободног канала за транскранијални доплер

Педијатрија: дијагноза узрока синкопе код деце и диференцијална дијагноза у односу на епилепсију

Нефрологија: опсервација пацијената на дијализи, превенција дијализне хипотензије, калкулација хемодинамских параметара, дијагноза уремијске неуропатије и дијабетичне нефропатије на

основу раста тоталне периферне резистенције, препознавање нестабилних хипертензивних пацијената, евалуација одговора на вазоактивне лекове

Дијабетологија: рана дијагноза дијабетесне нефропатије и неуропатије, евалуација аутономног нервног система и барорефлексног сензитивитета, дијагноза синкопе, мерење хемодинамских параметара

Урологија: дијагностика органских узрока еректилне дисфункције

Гастроентерологија: иритабилни колон, улцерозни колитис, гастроезофагеални рефлукс, цироза јетре, фармакологија

Реуматологија: реуматoidни артритис, лупус, склеродермија и др.

Пулмологија: sleep apnea, астма, фармакологија

Фармакологија: нови револуционарни начин испитивања хемодинамског одговора на примену лекова

Психологија и психијатрија: психолошки статус и аутономни нервни систем, фармакологија, психосоматика

Онкологија: тестирање кардиотоксичности цитостатика

Спортска медицина: тестирање кардиоваскуларног ризика код спортиста

Нелинеарна физика и математика: анализа биолошких сигнала у болестима и фармакологији

Научноистраживачки рад: сарадња са најпознатијим лабораторијама у свету

ИНТЕРНАЦИОНАЛНИ САСТАНАК – NEUROKARD

У Београду је 2008. године организован интернационални едукациони симпозијум из неинвазивне електрокардиологије, а 2009. године Први светски конгрес из неурокардиологије, због чега је Београд постао централно место у свету за ову област науке. Интернационални конгрес из Неурокардиологије је постао јединствен научни догађај у свету тако да је организован и наредних година.

Четврти годишњи скуп из области неурокардиологије са учешћем најпознатијих експерата из ове области из Европе и света, одржан је 17.

и 18. октобра ове године у Београду. Састанак је организовало Удружење за неурокардиологију Србије, а под покровитељством Интернационалног удружења за холтер и неинвазивну електрокардиологију, ISHNE и 13 других интернационалних удружења: Америчког удружења Heart – Brain, Руског и Пољског Удружење за неинвазивну кардиологију, Украјинског удружења за неурокардиологију, Кардиолошке клиника у Темишвару и многих других интернационалних удружења.

Главне теме Симпозијума су биле: базична неурокардиологија, изненадна срчана смрт, испитивања функције аутономног нервног система, методолошки аспекти испитивања функције аутономног нервног система, Biosignal processing, централни механизми и срце, метаболичке неуропатије и кардиоваскуларни ризик, кризе свести, хипертензија и неурални механизми, исхемијска аутономна дисфункција, аритмије и аутономни нервни систем, психолошко тестирање и органска болест.

Симпозијум је тематски покрио поље неинвазивне кардиологије, неурологије, неурокардиологије, и других области у медицини али и у физици, електротехници, математици и психологији. Симпозијум има већ карактер историјског јер се организује четврти пут у свету са импресивним бројем светских експерата из области неинвазивне кардиологије, неурокардиологије и других блиских научних области. Више од 30 позваних предавача су представили најважнија нова достигнућа из области неинвазивне електрокардиологије: Iwona Ciganekiewicz, секретар ISHNE; Jerzy Wrancisz, председник Пољског удружења за неинвазивну кардиологију и члан борда ISHNE; Rodica Avram, директор Кардиолошке клинике у Темишвару; Emanuela Locati, Милано, Италија; Elena Zakluzmanskaja, Москва, Русија; Suave Lobodzinski, ЛосАнџелес, УСА, Красимира Христова, Софија, Бугарска; Polihronis Delivaris из Атине, Грчка, и многи други.

Главни закључак скупа је био да треба покренути иницијативу за формирање Интернационалног удружења за неурокардиологију. Neurokard је постао најпознатији састанак на интернационалном нивоу из ове области. //



цијента испланиран, пацијент се поставља на конзолу Гама ножа, глава се фиксира уз помоћ стереотактичног рама у кацигу уређаја и тада кроз кацигу уређаја 201 снап кобалтног гама зрачења започиње третман задате лезије. Двестотине једна појединачна доза кобалтног зрачења покрива задату лезију и испоручује дозу зрачења која је довољна да уништи или разгради, а, у најмању руку, заустави раст исте, без оштећења околног здравог мозданог ткива.

Предности третмана

Употреба Гама ножа елиминиса потребу за класичним неурохируршким захватима. Веома је мали број пост-оперативних нус-појава. Сам третман не захтева општу анестезију сем код дечијег узраста, због лошије сарадње са пацијентима. Велика предност се огледа у томе да пацијент може истог дана да иде кући. Нема потребе за постоперативним опоравком, као ни за шишањем косе и класичног хируршког оперативниог третмана. Третман Гама ножем има високи проценат успешности и брз повратак на посао и социјализацију пацијента. Најважнија ствар је да се околно здраво лојдано ткиво излаже веома малим дозама зрачења. У поређењу са другим неурохируршким интервенцијама је значајно јефтинији.

Индикације

Гама нож се користи код пацијента са: обољењима крвних судова мозга (АВМ и каверноми), бенигним туморима мозга (вестибуларни шваном, хемангиобластом, менингеом, хордом, тумор хипофизе, тригеминални шваном, краниофарингиом, *glomus jugulare* тумор), малигним туморима мозга (метастазе, одређени тумори глијалног порекла), код пацијента са поремећајем покрета (Паркинсонова болест, тремор), код пацијента са функционалним поремећајима (тригеминална неуралгија), код тумора који су локализовани у дубоким елокветним зонама и њихово оперативно лечење носи високи ризик оштећења, код пацијента који нису у стању да поднесу хируршке процедуре, код пацијента који одбијају хируршко лечење. //

ТЕХНОЛОГИЈА У СЛУЖБИ ЗДРАВЉА: МОБИЛНА АПЛИКАЦИЈА SKIN-SCAN

„ЛОВАЦ“ НА СУМЊИВЕ ПРОМЕНЕ НА КОЖИ

// ЈЕДНОСТАВНА И СВИМА ДОСТУПНА АНАЛИЗА МЛАДЕЖА ПУТЕМ МОБИЛНОГ ТЕЛЕФОНА //

Открита болест када још нема симптома или у раној фази често је пресудно у случају рака коже. Иако је масовне превентивне прегледе (скрининг) становништва немогуће спровести, захваљујући групи ентузијаста на челу са др Јадраном Бандићем, лекарима у Србији сада је на располагању Skin-Scan, мобилна апликација која детектује сумњиве промене на кожи. – Кад је у питању меланом, најагресивнији од свих тумора коже, симптоми долазе на крају. Уколико кренемо од класичне симптоматологије, никад нећемо рано ухватити болест. Зато је важно да уочимо прве знаке, пре појаве бола, крварења... Наш скрининг поглед уперен је ка раној детекцији. Скрининг није дефинитивна дијагноза. То је уочавање групе становништва која има значајан ризик, сумњу на болест, а онда су потребне друге дијагностичке методе – објашњава прим. др Јадран Бандић, специјалиста пластичне, реконструктивне и естетске хирургије.

Према његовим речима, Светска здравствена организација и организације које се баве карциномима, сматрају да масовни скрининг меланома и карцинома коже није могућ или је, у најмању руку, изразито тежак. Било је покушаја да се

направе скрининг пројекти за карциномом коже у Аустралији, северном делу Немачке, Скандинавским земљама. У Србији је група лекара ентузијаста препознала дермоскопију као „надолазећу нову дијагностику за карциномом коже и меланом“. – На нивоу Србије направил смо једно од првих Удружења за дермоскопију, пре 12–13 година, док је Светска асоцијација направљена касније. Учествовали смо на оснивачком конгресу те методе у Риму 2001. године. Данас се дермоскопија ради широм Србије, наравно на различитим степенима. Током десет година обучили смо у Србији више од 300 дерматолога, а у региону смо учествовали у оснивању удружења Републике Српске, били смо иницијатори првог курса у Сарајеву, у Федерацији БиХ, одржали више тренинга у Македонији. Језгро свега тога направљено је овде, у Србији – истиче наш саговорник.

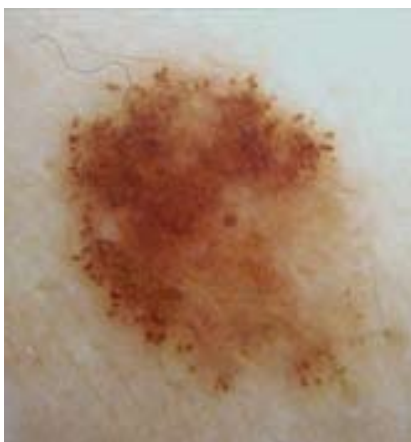
Др Бандић каже да је дијагностика карцинома коже „најближа“ дерматолозима, а у Европи се њоме баве и онкохирурги и пластични хирурзи. Из Аустралије је, како каже, дунуо нови тренд: у дермоскопију треба укључити лекаре опште праксе и породичне лекаре. Прешле године учествовали смо на Светском конгресу, а сваког дана држа-



Прим. др Јадран Бандић

преглед младежа сваки дан, пуно радно време, не би све прегледали. Отуд идеја да се укључе и други лекари. Не у постављању коначне дијагнозе, него у скринингу. Клиничку дијагнозу поставља дерматолог на основу дермоскопије, а коначна дијагноза је хистопатолошка. Мобилни телефон је шанса да се укључи и становништво - пацијенти.

Дијагностика меланома подразумева: преглед оком (инспекција коже читавог тела), дигиталну фотографију читавог тела, дермоскопију: микроскопско снимање тумора и сагледавање тих структура на микроскопском нивоу и прављење дијагнозе. Има и других технологија, али се оне не могу радити као скрининг (високофреквент-



IN SITU ДЕРМОСКОПСКА ФОТОГРАФИЈА

ИНТЕРАКТИВНА ВЕЖБА

У оквиру овогодишњих Дана српске медицинске дијаспоре одржан је једнодневни курс у малој Сали Дома синдиката на тему „Скрининг и рана детекција меланома“, који је био изузетно посећен. Полазници курса имали су прилику да чују низ предавања из теледермоскопије и дермоскопије, али и да учествују у интерактивној вежби скрининга меланома путем мобилног телефона. На курсу су били дерматолози, пластични и општи хирурзи, патолози, велики број лекара опште медицине. Многи од њих мишљења су да овакве обуке треба организовати по различитим центрима широм Србије.

ни ултразвук, оптичка кохерентна томографија, конфокална микроскопија, мултифотонска ласерска микроскопија и биопсија). У дијагностичком смислу, од визуелног прегледа „јача“ је фотографија младежа или промене на кожи коју сними пацијент мобилним телефоном, а потребна је апликација која ту фотографију анализира и даје основни одговор.

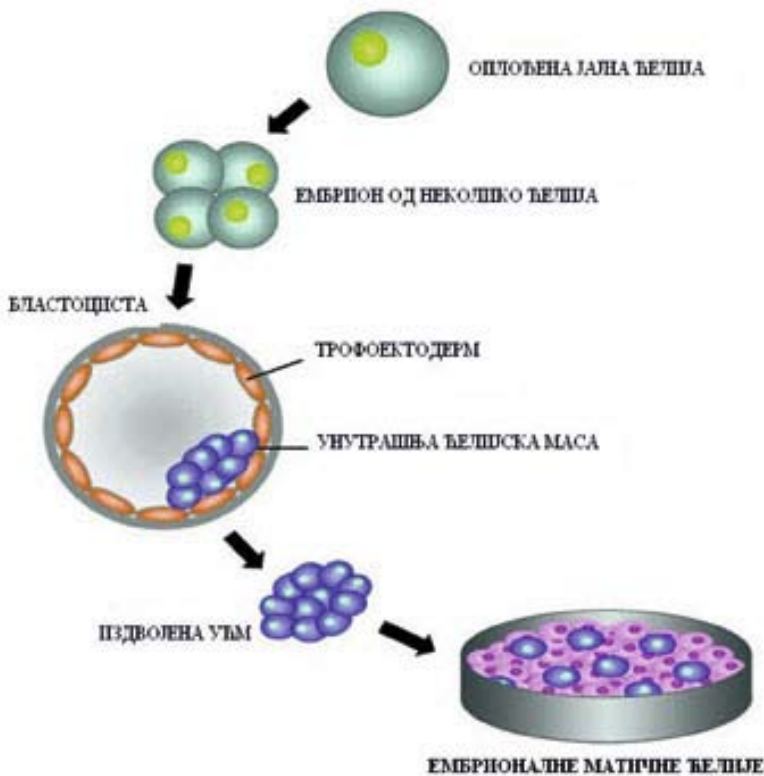
Наш саговорник наводи правила клиничког прегледа – ABCDE: А (аси-

метрија) асиметрични младежи су за дермоскопски преглед; В (border) ако ивица младежа није јасна - за преглед је; С (color) уколико младеж има најмање две или више боја он је обавезно за детаљну дермоскопску анализу; D (diametar) младежи већи од шест милиметара су за детаљну дермоскопску анализу; Е-еволуција: нагло увећавање, промена облика, боје, цурење, свраб, бол -упозоравају да се оде на преглед.

Дијагностички ABC знаци уграђени су у мобилну апликацију. Дијаметар (D) не може да се угради, јер се фотографије снимају са различите даљине, а еволуција (E) била мерљива када би неко једном снимио младеж, па после неког времена поново. Када се пошаље фотографија, добија се одговор „типично“ – „атипично“. Ако је „атипично“, понуђен је и предлог „пошаљи доктору“. Одговор лекара је бесплатан у овом тренутку. – На тај начин мобилно се комплетно здравство: дерматолози, хирурзи, патолози, лекари примерне заштите, али и само становништво. Ово је прва могућност масовног скрининга, јер може да се прегледа огроман број људи, да науче како да уоче асиметрију, вишебојност итд. То није дијагноза. Циљ је да рано откријемо болест, зауставимо раст смртности од меланома у Србији, да људи не губе живот, ни радну годину, ни радни дане – указује наш саговорник.

Апликација је развијена за Windows (Nokia) платформе, онда за Windows на таблетима, завршена је апликација на iPhone, а у припреми је правни део за апликацију на Андроиду која би, како се очекује, требало да буде у функцији у јануару. Слика која се шаље мора да буде оштра. Ако није недовољно добра, нема анализе. За анализу су употребљиве све фотографије од пет и више мегапиксела. Наравно, што већа резолуција слике, то је боље. – Састанак који је припремила Лекарска комора показао је да је сазрело време, да није само заинтересована та група лекара ентузијаста којима ја припадам, него огромна група лекара. На нама је да ту енергију, која се осетила на том састанку, фокусирамо, јер без великих средстава можемо пуно да урадимо. ЛКС је велики потенцијал, али на овоме не треба стати – закључио је др Јадран Бандић.

Јасмина Томашевић



Слика 2. Начин добијања хуманих ембрионалних матичних ћелија

тим, данас је доказано да hESC могу да се диференцирају и у ћелије трофобласта и герминативне ћелије (Табела 2).

Прве културе сисарских ESC добијене су из бластоците миша од стране сер Мартина Џона Еванса (sir Martin John Ewans) 1981. године. Ка-

сније, 2007. године, овај британски научник је са још двојицом научника поделио Нобелову награду за медицину за открића „начела увођења специфичних генетичких модификација код мишева помоћу ембрионалних матичних ћелија“. Прве културе ESC из хуманих бластоцисти успео је да издвоји 1998. године Џејми Томпсон (Jamie Thompson) са својим тимом на Висконсин Универзитету у Медисону, САД (University of Wisconsin – Madison, USA).

До данас је издвојено стотине линија hESC, од чега се у регистру Националног института за здравље у САД (National Institutes of Health, USA) налази више од 80 потпуно окарактерисаних hESC, а неке од њих су од 2009. године у клиничкој употреби.

Да би се успешно добила култура hESC потребно је:

1. донација раних ембриона,
2. култивисање и развој in vitro раних ембриона у бластоцисте са добро формираном унутрашњом ћелијском масом,
3. издвајање унутрашње ћелијске масе (имунохируршки поступак) и
4. култивисање ових ћелија и развој линија hESC.

У следећем броју: Индуковане плурипотентне матичне ћелије

ЋЕЛИЈЕ КОЈЕ СЕ МОГУ ДОБИТИ ОД ХУМАНИХ ЕМБРИОНАЛНИХ МАТИЧНИХ ЋЕЛИЈА

ДЕРИВАТИ ЕКТОДЕРМА

- прекурсори неурона
- допаминергички неурони
- холинергички неурони
- моторни неурони
- Шванове ћелије
- олигодендроцити
- Пуркињеове ћелије коре малог мозга
- грануларни неурони коре малог мозга
- ћелије пигментног слоја ретине
- кератиноцити (и из њих плочастослојевит епител)
- меланоцити
- ћелије примитивног ектодерма

ДЕРИВАТИ МЕЗОДЕРМА

- адипоцити
- хондроцити
- остеоцити
- скелетне мишићне ћелије
- глатке мишићне ћелије
- мишићне ћелије срце
- хематопоеетске прекурсорске ћелије
- зреле ћелије крви
- дендритичне ћелије, Т- ћелије и НК - ћелије
- епителне ћелије ендометријума
- ендотелне ћелије
- фибробласти периодонталног лигамента
- мезенхималне матичне ћелије

ДЕРИВАТИ ЕНДОДЕРМА

- епителне ћелије простате
- хепатоцити
- β-ћелије Лангерхансових острваца
- пнеумоцити типа I и II

ЋЕЛИЈЕ ТРОФОБЛАСТА

ГЕРМИНАТИВНЕ ЋЕЛИЈЕ

- сперматозоиди
- јајне ћелије

ТАБЕЛА 2. ПРИМЕРИ ЋЕЛИЈА КОЈЕ ЈЕ МОГУЋЕ ДОБИТИ ОД hESC



је као врло напредан и ефикасан у обезбеђењу континуитета здравствене заштите мајке и детета, како између различитих нивоа здравствене заштите, тако и у сарадњи са другим службама и секторима у локалној заједници. Посебно је истакнуто Телефонско саветовалиште „Хало Беба“, као иновативни и потпуно оригинални приступ у промоцији здравља мајке и детета односно породице и унапређењу координације рада служби здравствене заштите различитог нивоа, као и пример добре праксе у обезбеђењу континуитета здравствене заштите мајке и детета.

На конференцији је донета и радна верзија посебне изјаве која има карактер закључних констатација и утврђивања даљих праваца развоја и кретања примарне здравствене заштите. Коначна верзија изјаве, након евентуалних допуна, корекција или измена, биће накнадно достављена свим учесницима конференције.

Констатовано је да у обезбеђењу „Здравља за све“, примарна здравствена заштита има кључну улогу, залажући се за достизање неких основних принципа као што су: једнакост у здрављу, солидарност, универзалност, интерсекторска сарадња, партиципаторни приступ.

Постојећи и евентуални будући изазови захтевају иновативни приступ у области примарне здравствене заштите. Он подразумева: подељену одговорност, реafirмисање јаког лидерства и нових идеја са брзим одговорима, како би највиши могући ниво здравља и благостања постао детерминанта како социјално-економског развоја, тако и остваривања фундаменталних људских права на здравље сваког појединца.

Указано је на потребу развоја здравствених система базираних на јакој примарној здравственој заштити доступној свим узрастима становништва, координисане и интегрисане службе окренуте ка људима, укључујући и јавно здравствене службе усмерене ка појединцу и заједници. То не може бити само задатак здравственог сектора, већ уједињених напора свих сектора, кроз механизам заједничког/подељеног управљања на свим управљачким нивоима (почевши од нивоа Владе, регионалне, локалне управе...).

За то је неопходан развој широког партнерства за здравље, како би се кроз примену јавно здравствене политике „Здравље у свим политикама“ што ефикасније одговорило на социјалне детерминанте здравља. Препознато је да је неопходно реви-

тализовати и трансформисати примарну здравствену заштиту како би успешно одговорила на нове изазове и испунила очекивања људи.

То се може постићи развојем и порастом престижа примарне здравствене заштите, јачањем њених основних ресурса и кроз одговарајућу алокацију финансијских средстава, јачање здравствених технологија базираних на доказима, како би особа постала центар система здравствене заштите.

До 2015. године очекује се поновно реafirмисање посвећености достизања „Здравља за све...“ кроз свеобухватну и доступну здравствену заштиту, како би се достигли Миленијумски циљеви развоја.

Препозната је и непоходност залагања за доступну, висококвалитетну, ка људима оријентисану, ефикасну примарну здравствену заштиту, финансијски подржану, која ће обезбедити адекватне одговоре на неједнакости у здрављу.

Указано је и на потребу континуиране политичке сагласности и посвећености како би се ревитализовали фундаментални принципи и визије Декларације о примарној здравственој заштити и обезбедила њихова универзална примена на међународном регионалном, националном и локалном нивоу. //



ног откривања карцинома дојке, Национални програм раног откривања карцинома грлића материце и Национални програм раног откривања колоректалног карцинома, прим. др Весна Јањушевић је истакла да „скрининг тест служи искључиво да одреди вероватноћу присуства обољења и само евентуално претходи дијагностичком поступку“.

Стручњаци као предавачи

Велики допринос раду конгреса су дали и наши врхунски стручњаци: проф. др Зоран Кривокапић („Шта је карцином дебелог црева, како се открива, има ли превентиве и како се лечи“), академик проф. др Предраг Пешко, са својим сарадницима, доц. др Александром Сињићем и др Огњеном Скробићем („Езофагеална рефлуксна болест“ - од горушице до карцинома), проф. др Драгољуб Билановић са сарадником др Бориславом Тошковићем, („Диференцијална дијагноза опструктивне жутице“) и још читав низ најеминентнијих предавача, из земље и иностранства. О алтернативној медицини су говорили проф. др Вук Стамболивић, гошћа из Лондона, директор центра за био-медицину, др сци. мед. Тајана Бош и прим. мр. сци. др Златка Марков, спец. опште медицине из ДЗ Нови Сад. Њихова радионица је понудила свим заинтересованим лекарима опште медицине, специјалистима опште медицине, да се упознају са методама традиционалне медицине које су законом признате у нашој земљи, као и резултатима лечења биорегулаторном медицином. Гост из Турске, др Мумтаз Мазициоглу, је презентовао своје искуство у лечењу фитотерапијом.

Као и сваке године, лекари су саопштавали резултате својих истраживања кроз постер и усмене презентације, а најбољи радови су награђени.

Осим радног дела Конгреса, организатор је свим учесницима понудио богат социјални програм у коме су уживале све генерације лекара, јер су у томе помогли велики професионалци, познати позоришни глумци Атеља 212 из Београда и музички састав из Београда, на челу са др Иваном Аранђеловићем.

(Преузето са сајта Секције опште медицине)

САВЕТИ ПРАВНИКА

САВЕТИ ПРАВНИКА РЕГИОНАЛНЕ ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ ЗА ЈУГОИСТОЧНУ СРБИЈУ

Закон о правима пацијената: право на обавештење

ОБАВЕШТЕЊЕ КОЈЕ ЛЕКАР ДАЈЕ ПАЦИЈЕНТУ, НАЧЕЛНО, ТРЕБА ДА БУДЕ УСМЕНО И РАЗУМЉИВО ПАЦИЈЕНТУ, А КОРИСНО ЈЕ ДА СЕ УБЕЛЕЖИ У МЕДИЦИНСКУ ДОКУМЕНТАЦИЈУ

Према члану 11. Закона о правима пацијената, пацијент има право да од надлежног здравственог радника благовремено добије обавештење, које му је потребно како би донео одлуку да пристане или не пристане на предложеној медицинској мери.

Обавештење из става 1. овог члана обухвата:

- 1) дијагнозу и прогнозу болести;
- 2) кратак опис, циљ и корист од предложене медицинске мере, време трајања и могуће последице предузимања односно непредузимања предложене медицинске мере;
- 3) врсту и вероватноћу могућих ризика, болне и друге споредне или трајне последице;
- 4) алтернативне методе лечења;
- 5) могуће промене пацијентовог стања после предузимања предложене медицинске мере, као и могуће нужне промене у начину живота пацијената;
- 6) дејство лекова и могуће споредне последице тог дејства.

Обавештење из ст. 1. и 2. овог члана надлежни здравствени

радник дужан је дати пацијенту и без тражења.

Обавештење даје надлежни здравствени радник усмено и на начин који је разумљив пацијенту, водећи рачуна о његовој старости, образовању и емоционалном стању. Ако надлежни здравствени радник процени да пацијент, из било ког разлога, не разуме дато обавештење, обавештење се може дати члану пацијентове уже породице.

Ако пацијент не познаје језик који је у службеној употреби на територији здравствене установе, мора му се обезбедити преводилац, а ако је пацијент глувонем, мора му се обезбедити тумач, у складу са законом.

Пацијент се може одрећи права на обавештење, осим обавештења о томе да је предложена медицинска мера потребна и да није без знатног ризика, односно да је ризично њено непредузимање.

Надлежни здравствени радник може, изузетно, прећутати дијагнозу, ток предложене медицинске мере и њене ризике, или обавештење о томе умањити, ако постоји озбиљна опасност да ће обавештењем знатно нашкодити здрављу пацијента. У том случају обавештење се мора дати члану уже породице пацијента.

У поступку остваривања здравствене заштите, дете које је способно за расуђивање, без обзира на године живота, има право на

САВЕТИ ПРАВНИКА

поверљиво саветовање и без пристанка родитеља, када је то у најбољем интересу детета.

Пацијент односно законски заступник има право на обавештење и увид у трошкове лечења пацијента.

Надлежни здравствени радник у медицинску документацију уноси податак да је пацијенту, члану уже породице, односно законском заступнику, дао обавештење о подацима из ст. 1. и 2. овог члана.

ТУМАЧЕЊЕ

Обавештење које лекар даје пацијенту не изискује неку посебну форму. Начелно, треба да буде усмено и на начин који је разумљив пацијенту. Треба водити рачуна, како је у самом члану 11. наведено, о старости пацијента, његовом образовању и емоционалном стању. Неспоразум између лекара и пацијента иде, по правилу, на лекареву штету.

У пракси се често пацијенту дају обавештења и његова изјава (пацијентова изјава) у писменој форми на већ одштампаном формулару који пацијент треба да прочита и потпише. Међутим, на тај начин се онемогућава да обавештење буде индивидуално, прилагођено конкретној ситуацији. Поред тога, формулар наводи на сумњу да га пацијент није ни прочитао или га није разумео. Као доказно средство формулар је несигуран - потписана пацијентова изјава да пристаје на медицинску интервенцију може бити индиција да пре потписивања није уопште вођен усмени разговор о медицинској интервенцији и њеним последицама, не може се сматрати да је пацијент обавештен о ризику који у формулару није изричито наведен.

Свакако је корисно да се учињено обавештење убележи у пацијентову медицинску документацију.

Важно је да обавештење о медицинској интервенцији уследи благовремено, јер пацијент, односно његов заступник, не сме бити доведен у временску стиску да одлуку о лечењу донесе на брзину. Треба му оставити довољно времена да на миру одмери

разлоге за и против медицинске интервенције и да се потом слободно определи. О слободи одлучивања не може се говорити када је пацијент на операционом столу или на носилима, или се припрема за операцију и стоји под утицајем лекова. нпр. обавештење о анестезији је благовремено и кад се учини један дан раније, али обавештење о самом хируршком захвату мора бити раније, пре одређивања тачног термина операције у здравственој установи.

Када је реч о тешким или проблематичним операцијама, може бити потребно и више претходних и узастопних разговора са пацијентом. Само код уобичајених амбулантних захвата, обавештење о ризицима дато на сам дан операције може бити благовремено.

У члану 11. није прецизирано о којим ризицима треба обавестити пацијента. Пацијент се не треба обавестити о свим могућим ризицима, нити је нужно да се изложе детаљно и медицински тачно. Довољно је обавештење у главним цртама, односно предочавање „опште слике конкретне ризика“. О ризицима који су карактеристични за одређени захват (типични ризици) треба обавестити пацијента независно од њихове учесталости, док обавештење о осталим ризицима (атипични ризици) треба да зависи од њихове учесталости.

На опасност од неуспеха захвата лекар треба да упозори увек, ако неуспех операције може здравствено стање пацијента да погорша, уместо да поправи. Са друге стране, не треба обавештавати пацијента о општепознатим ризицима, као што су нпр. инфекције ране, набор незараслог ожиљка и слично, јер су они познати и медицинском лаику.

Начелно, лекар не мора да обавести пацијента о ризицима који се могу избећи већ само о неизбежним.

Секретар РЛКЈИС
спец. дипл. правник
Ирена Ђокић



Пише:
Мр сц. мед. др Слађана Илић

Лекари, и то у множини, у српској историји први пут се помињу у „Житију Светог Саве“ Теодосија Хиландарца да би, релативно кратко време после тога, у епохи Лазаревића, бременитој ратовима са Турцима, дошло до стриктног наглашавања болница међу ктиторским делима. Ревност ктитора најбоље је објашњена у Лазаревој повељи за хиландарску болницу (1380.): „Пошто сам и ја видео да земаљско богатство ништа није користило господарима који су били пре нас, јер се од њих узело и другима предало... за овима сам и ја следио и принесох ово мало...“. Пре седам векова дакле, управо на овим просторима, у манастиру Раваници, кнез Лазар „...болницу устроји за опорављање болесних инока, странаца и раслабљених.“

Касније, током Првог српског устанка, након битке код Сокобање (1810.), према речима кнеза Ђупријске нахије Милосава Здравковића Ресавца, „рањени Турци, заједно са рањеним Русима, отправљени су у Ђуприју ради лечења...“. Када се 1831. појавила колера у Влашкој, Бугарској и Турској, у Ђуприји је формиран „контумац“ (карантин), који је функционисао две године. Почетком 1839. године, при новосаграђеној ђупријској касарни почиње да функционише мала гарнизонска болница. У време Српско-турских ратова (1876-1878.), у Ђуприји су формиране три резервне болнице за евакуацију тимочко-моравске војске.

Чувари народној здравља

Када је 1881. донет „Закон о уређењу санитарске струке и очувању народног здравља“, на основу кога

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>>

ОД ОКРУЖНЕ БОЛНИЦЕ У БАРАЦИ С КРАЈА 19. – ДО САВРЕМЕНЕ МЕДИЦИНСКЕ УСТАНОВЕ У 21. ВЕКУ

ОПШТА БОЛНИЦА ЋУПРИЈА: 132 ГОДИНЕ ПОСТОЈАЊА

// ЗДРАВСТВО НА ПРОСТОРИМА ЋУПРИЈЕ ИМА ТРАДИЦИЈУ
КОЈА СЕЖЕ У ДУБОКУ ПРОШЛОСТ //



је министар унутрашњих дела Милутин Гарашанин наредио инспекцију постојећих и оснивање нових болница у седам окружних вароши, међу њима је била и Ћуприја. Том приликом, у бараци, подигнутој неколико година раније у доба ратова са Турцима, формирана је окружна болница. Било је то 7. августа (по старом календару), на дан који сматрамо датумом оснивања ћупријске болнице.

У почетку, болница је могла је да прими двадесетак пацијената. Њен први управник био је др Евгеније Брановачки, тадашњи окружни фи-

зикус. На нову болничку зграду валао је чекати до 1906. године, када је 29. октобра свечано усељена болница павиљонског типа која је располагала са 70 постеља. Формирање нових резервних војних болница у Ћуприји било је, нажалост, везано за нове ратове. Највећи број умрлих војника и избеглица је забележен после битака на Церу и Колубари.

Установа је наставила да се развија, али не као болница опште праксе, већ као установа са специјалистичком службом. Тако је у 1922. години имала интерно, хи-

руршко и инфективно одељење. Од 1926. године, постојећим одељењима су додати венерично и одељење „за посматрање“, те је са 96 постеља болница сврстана у групу II реда. Године 1929. добија и званично назив „Државна болница II реда“ и бива проглашена Бановинском болницом Моравске бановине. Тај назив је носила све до постојања Краљевине Југославије.

У Ћуприји, пред Други светски рат, поред осталих, раде и др Драгица Поповић-Шећерова и др Живојин Поповић, родитељи проф. др Милане Поповић-Роловић, оснива-

49 <

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>>

ча одељења за дијализу на Универзитетске дечје клинике у Београду. У време II светског рата, болница је остала је без комплетног инвентара. Током четворогодишње окупације, управник је био др Владан Лазаревић, шеф хируршког одељења, а након ослобођења ту дужност преузима др Митар Шарановић, шеф интерно-инфективног одељења.

Године 1952. болница је имала шест, да би 1965. број одељења нарастао на 12, са 530 болесничких постеља. Те године је у Ђуприји извршена интеграција болнице, дома здравља и апотеке у заједничку установу „Медицински центар“. Њему се 1970. придружују домови здравља у Ражњу и Деспотовцу, те је формиран Медицински центар „Средње Поморавље“ који је 1976. имао 760 постеља.

Досљудности савремених служби

Од 1989. године, здравствена служба за шест општина (Јагодина, Ђуприја, Параћин, Свилајнац, Деспотовац и Рековац) удружена је у један „Здравствени центар“ са седиштем у Ђуприји, који је променом Закона о здравственој заштити престао да постоји.

Данас, Општа болница у Ђуприји заузима значајно место у систему здравствене заштите становништва шест општина Поморавља и околних округа (расинског, борског, шумадијског...). Организована као јединствена технолошка целина, болница запошљава готово седам стотина здравствених радника, међу којима 63-оје лекара, специјалиста и супспецијалиста.

Тимским радом, уз максимално коришћење расположивих ресурса и уз континуирано унапређење квалитета рада, болница пружа широк спектар здравствених услуга, како превентивних, тако и у сфери дијагностике и терапије (амбулантно поликлинничког и стационарног лечења пацијената). Применом савремених медицинских технологија и искустава медицинских стручњака, уз континуирано медицинско усавршавање, настојимо да будемо стојер у здравственој заштити становништва овог дела Републике.

Општа болница у Ђуприји располаже са 469 постеља. У њој се годишње обави више од 300.000 специјалистичких прегледа, а број



САВРЕМЕНА ОПРЕМА



КОМФОРНЕ БОЛЕСНИЧКЕ СОБЕ

здравствених услуга креће се око милион и двеста хиљада. Оно што ову установу разликује од општих болница градова у окружењу јесте доступност великог броја савремено опремљених здравствених служби о чијем функционисању брине високо квалитетан технички и стручни кадровски потенцијал.

Од хируршких грана, пацијенти ма су на располагању васкуларна, неуро, уролошка, дечја, максиларно-фацијална, очна и ОРЛ хирургија, а од интернистичких – нефро-

логија са дијализом (25 хиљада услуга годишње), нуклеарна медицина, дерматологија са алергологијом, као и инфективно и одељење за продужену негу. Одељење за палијативно збрињавање и хипербарична медицина у оквиру ортопедије, недавно оформљене службе, употпуњују широки спектар постојећих здравствених услуга. Ако овоме додамо и савремену дијагностику (посебно компјутеризовану томографију), може се рећи да је Општа болница у Ђуприји, с об-



Болници у Ћуприји гравитирају грађани шест општина



Комора за хипербаричну оксигенацију

зиrom на опремљеност и квалитет услуга, водећа здравствена установа у Поморављу.

Чести поли-трауматски случајеви, великим делом последица специфичног географског положаја (близина Коридора 10, војних полигона, рудника) и генерална потреба за квалитетнијим и бржим збрињавањем ургентних случајева, разлог су отварања новог пријемно-тријажног одељења за ургентна стања. Уз постојеће (хелиодром) и нове дијагностичке (магнетна резонанца) ка-

паците, биће то јединствена служба од великог значаја.

Погмлађивање лекарској кадра

Медицинска едукација, као етичка и професионална обавеза лекара, обавља се преко Центра за едукацију који са великим успехом функционише у оквиру болнице. За стручно усавршавање и едукацију запослених, као и увођење нових терапијских метода, великим

делом су заслужни стручни консултантни из Београда и Крагујевца.

Проблем здравства у Поморављу је дуплирање, а с друге стране, непотпуна искоришћеност постојећих капацитета на релативно блиским локацијама, као и недостатак сарадње и координације служби болница у окружењу. Велики број пацијената који се упућује у установе вишег ранга, и поред тога што се адекватно могу третирати у некој од установа у региону, ђупријској или у суседним градовима, јесте проблем чијем се решавању мора приступити у блиској будућности и уз детаљну анализу. Подмлађивање лекарског кадра, као тема која може имати дугорочне последице на здравство у целини, свакако је један од приоритета и наше установе.

Богату, вековну традицију у пружању здравствених услуга са великим успехом и посвећеношћу, Општа болница у Ћуприји са поносом истиче у години када прославља 132 године постојања. Наша установа стреми достизању препоручених стандарда у свим сферама рада, тежећи максималној координацији и синхронизацији свих здравствених установа у региону. Кроз управљање квалитетом, настојаћемо да достигнемо највиши ниво у пружању здравствене заштите и тиме допринесемо унапређењу квалитета живота становништва и приближавању европским стандардима. //

ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>>

ДВА ЈУБИЛЕЈА КЛИНИКЕ ЗА НЕУРОХИРУРГИЈУ КЦС

ЧУВАРИ УГЛЕДА СЛАВНИХ ПРЕТХОДНИКА

// КАКО СЕ РАЗВИЈАЛА СРПСКА НЕУРОХИРУРГИЈА ОД УСПОСТАВЉАЊА
ЊЕНИХ ТЕМЕЉА ПРЕ 90, И ОСНИВАЊА КЛИНИКЕ ПРЕ 75 ГОДИНА //

Пишу:
доц. др сци. Горан Тасић
доц. др сци. Лукас Расулић
др сци. Игор Николић

Темељи неурохирургије у Србији постављени су операцијом хипофизе трансаналним путем 31. октобра 1923. године на тадашњој Првој хируршкој клиници у Београду. Операцију је извео проф. др Миливоје Костић, тадашњи управник клинике и шеф Катедре за хирургију Медицинског факултета у Београду.

Професор Костић је био добро информисан и у својој личној библиотеци имао је монографије тадашњих великана и зачетника хирургије нервног система (Victoria Horsley-a, William Macewan-a, Fedora Krause-a, Chipault-a и Douen-a). Будући да ради под асептичним условима, без страха отвара лобању и улази у интрадурални простор. Пошто је више година радио у сарајевској Војној болници за време Првог светског рата, стекао је знатно искуство у трауматологији нервног система. Он је запазио разлику између контаминираних и инфицираних рана и схватио да се инфицирана рана може успешно затворити примарним шавом. Ова чињеница је, иначе сматрана фундаменталним доприносом Harvey Cushing-a неурохируршкој науци онога доба, пошто је Cushing, за разлику од Миливоје



Зграда Клинике за неурохирургију КЦС

Костића, своја запажања публиковао 1918. године у „British Journal of Surgery“. Тај чланак је већ класичан, а принципи који су у њему постављени, универзално су прихваћени, адаптирани и широко примењивани у Другом светском рату, а своју вредност имају и данас.

На Првој хируршкој клиници под руководством професора Костића постојао је стални интерес за хирургију нервног система. Постојао је велики број пацијената са кранио-церебралним повредама, тако да су рано распознати неуроло-

шки знаци и симптоми који прате извесне интракранијумске процесе. Била им је јасна клиничка слика хеморагије из средње мождане артерије. Истовремено са Путнамовим налазима о субдуралним хематомима из средине двадесетих година прошлог века, на Првој хируршкој клиници постојало је искуство о њима као значајној компликацији повреда главе.

Под утицајем старијег брата, др Слободан Костић изабрао је неурохирургију као свој животни позив. Он већ 1933. године одлази на уса-



вршавање у Каролинска институт у Стокхолму (Шведска) код Herberta Olivecrona, водећег неурохирурга тадашње Европе. Неколико година касније, 1937. године одлази на даље једногодишње усавршавање у Берлин код проф. др Wilhelma Toennisa. Већ следеће године публикује чланак о важности церебралне ангиографије и уводи је у стандардну праксу у Београду. Тада је хируршки препарисана каротидна артерија у врату, а перкутана пункција је уведена тек педесетих година двадесетог века. Њеним увођењем хирургији добијају у сигурности. Он у Београду уводи вентрикулографију која је указивала на место лезије у 80 одсто случајева код интракранијалних експанзивних процеса.

Прво неурохируршко одељење

На Светог Луку, 31. октобра, 1938. године, проф. др Миливоје Костић отворио је у оквиру Прве хируршке клинике, прво одељење за неурохирургију. Ово одељење које је имало засебну зграду, операциони блок и интензивну негу, било је прво на просторима бивше Југославије, а настало је свега три године након отварања првог одељења неурохирургије у Вирицбургу, у Немачкој. За шефа одељења постављен је др Слободан Костић, тадашњи асистент на Катедри за хирургију Медицинског факултета у Београду. Др Слободан Костић примењивао је већ проверене принципе у дијагностичкој неурохируршких обољења, као и неурохируршку технику научену у Стокхолму и Берлину. До Другог светског рата стекао је значајну сигурност и поставио је техничке стандарде операција на прилично висок ниво.

У току рата браћа Костић радили су као хирурзи у Војној болници, где су стекли огромно искуство у третману пенетрантних и непенетрантних церебралних повреда.

После рата, захваљујући великој упорности професора Слободана Костића, начињена је реорганизација хируршких клиника и отворена је Клиника за неурохирургију, као потпуно стручно, економски и организационо независна установа.

Све до 1963. године у Киници за неурохирургију није постојала специјализована анестезиолошка служба и доминирала је, у чак 90 одсто, локална анестезија. Само мали број



СТАРА ЗГРАДА КЛИНИКЕ ЗА НЕУРОХИРУРГИЈУ

операција рађен је у инхалационој анестезији. Општу инхалациону анестезију етром преко Ombredan-ове и Schimmelbausch-ове маске изводили су углавном неурохирурзи и лекари на специјализацији неурохирургије. Само повремено су ангажовани лекари из других хируршких клиника. Првог анестезиолога клиника је добила 1964. године и од тада се уводе савремени анестезиолошки принципи неурохируршке анестезије, примењује се контролисана хипотензија, хибернација и контролисана хипотермија, а болесници се стављају за све процедуре у задњој лобањској јами у седећи положај.

Од средине педесетих година XX века, лекари Клинике за неурохирургију одлазе на усавршавање у иностранство. Кабинет за електроенцефалографију (EEG) отворен је 1955. године, и тиме је постављен темељ Одсека за електродијагностику, и касније хирургије епилепсија и конвулзивних стања. Почетком 1960. године начињена је прва стереотактична таламотомија. Две године касније (1962.) имплантиран је први систем за хидроцефалус са једносмерном валвулом. Дечја неурохирургија представљала је одувек један од важних сегмената неурохирургије у Београду, што је касније довело до отварања „Одсека за дечју неурохирургију“, који је и данас једини у земљи.

Од краја четрдесетих година прошлог века постоји перманентни

пораст броја пацијената и операција, а неурохируршке интервенције постају све разноврсније. Због тога је настала потреба за проширењем капацитета, те је почетком седамдесетих година одлучено да се зида нова зграда клинике (у којој се она данас налази) и у коју је усељена почетком 1974. године. До краја седамдесетих година у неурохируршкој патологији доминирала је хирургија интракранијумских експанзивних процеса, спинална хирургија и неуротрауматологија, а васкуларна хирургија, хирургија бола, стереотактичне поступци и хирургија епилепсије нису имали ни изблиза место у оперативном програму које заузимају данас. Од 1974. године па надаље, долази до постепеног и сталног развоја микрохируршке технике, тако да се од краја седамдесетих година око 60 одсто оперативних захвата обавља под контролом микроскопа. Средином осамдесетих година почиње развој интервентне радиологије, имплантације радиоактивних материјала у циљу брахитерапије и развоја функционалне неурохирургије.

Последипломско усавршавање кадрова

Клиника за неурохирургију је посебно ангажована у последипломском усавршавању здравствених кадрова. На специјализацију из неурохирургије у Клинику долазе лекари из свих крајева земље. Осим

53 < ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>>

тога, у Клиници се обавља и суб-специјализација специјалиста неурохирургије из других неурохируршких центара који желе да се усаврше у некој од дисциплина које су редовно заступљене у Клиници. Као научна и образовна организација, ова установа посебно стимулише научно-истраживачки рад у који укључује специјалисте из других установа, младе лекаре, као и студенте. Клиника одржава сталне стручне контакте са многим међународним неурохируршким центрима у које повремено одлазе наши лекари на усавршавање.

Као установа која образује студенте и последипломце, Клиника за неурохирургију испољава висок степен ангажованости у државну предавања, курсева и семинара. На Клиници ради седам професора, четири доцента и пет асистената Медицинског факултета који свакодневно практично и теоријски учествују у реализацији наставног програма Медицинског факултета Универзитета у Београду.

Болесници са акутним повредама главе и кичме примају се преко Ургентног центра и лече на специјализованом Одељењу за неуротрауматологију. Клиника за неурохирургију располаже са 170 кревета, чиме се сврстава у ред највећих европских установа ове врсте. У организационом смислу, Клиника је подељена



Проф. др Миливоје Костић

на седам одељења стационара, операциони блок, поликлинику, одељење анестезиологије и на службе неурорадиологије, неуроофталмологије и биохемије. На Одељењу за интензивну терапију обавља се 24-часовни надзор над болесницима.

Дечја неурохируршка обољења представљају важан сегмент делатности Клинике, тако да посто-

ји посебан Одсек за дечју неурохирургију, који има 16 кревета. Поред тога ангажован је педијатар који свакодневно обавља консултативну службу.

Предводник нових идеја

Операционе сале опремљене су тако да се све хируршке интервенције могу извести на оптималан начин. У пет операционих сала просечно се уради 15 операција дневно. На располагању стоје четири микроскопа који су модерни, функционални и најсавременији. Микрохируршки приступ и оперативни рад представљају и једну од специјалности Клинике, који по броју микрохируршких операција заузима једно од првих места у Европи.

Да би болесник дошао до операционе сале пролази кроз низ лабораторија у којима се обављају посебни дијагностички поступци. Клиника за неурохирургију је стекла велико искуство у примени дијагностичких инструмената који користе компјутерску технологију. Данас је на Клиници на располагању апарат из последње генерације компјутеризованих томографа (СТ) мозга. За потребе дефинитивне дијагнозе неурохируршког обољења на Клиници се користе и апарати за приказивање крвних судова мозга који су потпуно аутоматизовани и који представљају последњу реч технике у свету. У Клиници се годишње обави више од 3.000 оперативних захвата, како у оквиру елективног програма, тако и хитних операција.

Циљ Клинике, као референтног центра за неурохирургију у Србији и Црној Гори, јесте унапређење и модернизација рада, како би могла да се прате савремена достигнућа и даље остане предводник нових идеја у региону (у оквиру научне и стручне делатности). У том смислу оу последњих десет година уведене су следеће процедуре: неуроендоскопија, интервентна неурорадиологија са ендоваскуларном хирургијом, хирургија епилепсије, стабилизација и имплантати код хируршког лечења обољења кичменог стуба, неуронавигација, интраоперативни мониторинг.

Клиника за неурохирургију данас има 306 запослених, међу којима је 46 специјалиста, 12 лекара на специјализацији и готово 200 медицинских сестара. //



Проф. др Слободан Костић у свом кабинету



ДЕВЕДЕСЕТ ГОДИНА РАДА НАЈВЕЋЕ СРПСКЕ КЛИНИКЕ ЗА ГИНЕКОЛОГИЈУ И АКУШЕРСТВО

НЕКАД БОЛНИЧКО ОДЕЉЕЊЕ, ДАНАС МОДЕРНА УСТАНОВА

Пише: Др Милена
Перишић, Клиника
за гинекологију и
акушерство КЦС



У августу 2013. године навршено је 90 година постојања Клинике за гинекологију и акушерство Клиничког центра Србије. Клиника је основана давне 1923. године, када је за првог управника постављен ванредни професор и доајен гинекологије и акушерства др Милош Богдановић. Пут од болничког одељења до савремене здравствене, научне и едукационе установе, није био нимало лак. Прве просторије Клинике су се налазиле у оквиру Опште државне болнице. Захваљујући професору Богдановићу, ту су направљени и први универзитетски кораци Клинике, као и Катедре из гинекологије и акушерства, кроз рад са студентима медицине, а путем одржавања предавања, вежби и интерната.

Било је потребно 40 година селидби, незаобилазних сукоба, али и истрајности и ентузијазма појединаца да би Клиника у јануару 1963. године коначно била пресељена у нову, сопствену зграду, у којој се и дан данас налази, на адреси Улица Косте Тодоровића или много познатијој - Вишеградска 26. Од тих дана, Клиника је ишла само узлазном путањом.

Као један од највећих тренутака у њеној историји истиче се посета

др Meigs-а педесетих година прошлог века и демонстрирање његове методе радикалне хистеректомије која од тада носи назив Wertheim-Meigs операција. Уз овај догађај, од велике важности за развој и усавршавање оперативне технике и едукацију младих лекара био је двогодишњи боравак на Клиници проф. др Франца Новака. На Клиници је по први пут у тадашњој Југославији 1964. године учињена амниоцентеза у одмаклој трудноћи, а 1987. године урађена кордоцентеза и примењена интраваскуларна интраутерусна трансфузија, које су до тада спровођене само у Лондону и Паризу.

У последњих неколико година, поред извођења великог броја сложених хируршких процедура, велики напредак постигнут је и у областима асистираних репродуктивних технологија, инвазивне дијагностике и ендоскопске хирургије. Уведене су две нове дијагностичке процедуре у области перинатологије, одређивање RhD фактора и пола фетуса из крви мајке, као и ултрасонографски фетални скрининг ради детекције интраутерусног оштећења слуха фетуса. Велики успех је остварен и на пољу хируршког лечења вагиналним приступом, пре свега у решавању поремећаја статике унутрашњих гениталних органа и стрес инконтиненције, а помоћу употребе најмодернијих нересорп-

тивних материјала. Оформљена је Акушерска јединица интензивне неге, која се бави дијагностиком, интензивним надзором и терапијом угрожених трудница и компликованих стања након порођаја. Почели су да раде Саветовалиште за психолошку подршку пацијенткињама лечених од канцера гинеколошких органа и дојке, као и Конзилијум за канцер и хуману репродукцију, што Клинику чини пиониром у овим активностима.

Акредитација

Пре три године је формиран Одсек за перинаталну и репродуктивну генетику и ендокринологију, а Клиника је и даље једина у Србији која има одељење које се бави искључиво гинеколошком ендокринологијом. У региону је једна од ретких која има савремено одељење за интензивну негу превремено рођене деце, вођено од стране еминентних стручњака из области неонатологије. Доказ да Клиника испуњава све стандарде једне модерне и организоване институције јесте акредитација, која је спроведена 2012. године.

На Клиници је израђен велики број докторских дисертација, магистарских и академских радова. Кроз њу су прошле генерације студената медицине, а знање и занат су стицали специјализанти гинекологије и акушерства из свих делова Србије. Магична је кућа великог броја чланова Српске академије наука и уметности. Активни је учесник система континуиране медицинске едука-

55 < ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>>



Директор КЦС проф. др Миљко Ристић, директор Клинике за гинекологију и акушерство проф. др Александар Стефановић, декан Медицинског факултета проф. др Небојша Лалић



СВЕЧАНА САЛА ДЕКАНАТА

ције. На њој се једанпут недељно одржавају акредитована предавања од стране стручњака из области гинекологије и акушерства, анестезиологије, неонатологије и свих других грана медицине заступљених у њеном раду. На тај начин непрекидно се улаже велики труд у унапређење рада и побољшање квалитета услуга које она пружа својим пацијенткињама и њиховом потомству.

Прослава јубиларног 90. рођендан одржана је 4. октобра. Програм се састојао из две целине - стручног и свечаног дела.

Први део одвијао се у Свечаној сали Деканата Медицинског факултета Универзитета у Београду. Њему је присуствовао велики број званица из стручне јавности, како из области гинекологије и акушерства, тако и из других грана медицине. Аудиторијуму се први обратио директор Клинике, проф. др Александар Стефановић, потом и декан Медицинског факултета, проф. др Небојша Лалић, као и директор Клиничког центра Србије, проф. др Миљко Ристић. Пре излагања предавања светски признатих имена из области гинекологије и акушерства, уручене су плакете декану Медицинског факултета, затим професору Салингу, изумитељу термина „перинатална медицина“ и оснивачу часописа „Journal of Perinatal Medicine“, проф. др Holzgreve-у, проф. др Cibuli и проф. др Haller-у у знак захвалности за претходну сарадњу и подршку упућену Клиници за гинекологију и акушерство.

Појед у свей ембриологије

Сесију са предавањима отворио је академик проф. др Небојша Радновић са темом „Имицинг у Хуманој репродукцији – очекивања и



Проф. др Салинг и проф. др Лалић

достигнућа у протекле три деценије“, којим је приказао до које мере су усавршене имицинг методе и како нам управо оне омогућавају да уживо завиримо у свет ембриологије и посматрамо развој будућег фетуса. Проф. др Wolfgang Holzgreve са Универзитета у Бону је својим предавањем „Non-invasive perinatal diagnosis from maternal blood“ обухватио и методу која се на Клиници за гинекологију и акушерство већ примењује када је у питању одређивање пола фетуса, али и навео низ наследних и конгениталних обољења које је могуће овим путем открити пре рођења детета. Потом је проф. др Иван Тулић предавањем „Параметри који могу да утичу на исход IVF поступка“ изнео вредне и свеобухватне статистичке податке Одељења асистираних репродуктивних технологија. Новине у хируршком лечењу гинеколошких малигнитета представио је проф. др Давид Цибула, са Универзитета у Прагу, који засигурно представља једног од најбољих стручњака из области гинеколошке хирургије у свету. Директор Клиничког центра Ријека, проф. др Herman Haller, презентовао је само неке од лапароскопских операција које се на тој

Клиници предузимају у циљу лечења гинеколошких малигнитета. На крају је проф. др Весна Кесић, председник Европског удружења гинеколошких онколога, подсетила све присутне на значајне моменте из историје ове области, од оснивања Клинике до данашњих времена.

Други, свечани део прославе одржан је у Великој сали Народног позоришта у Београду. Госте су дочекивали и поздрављали директор Клинике проф. др Александар Стефановић, као и његов заменик проф. др Саша Кадија и помоћник проф. др Иван Тулић. Прославу јубилеја Клинике су својим учешћем у свечаном програму увеличали и улепшали бројни уметници и личности из јавног живота у Србији.

Уметнички програм је започет извођењем познатих оперских арија од стране великана Народног позоришта, у пратњи Оркестра Станислава Биничког, а следио је поздравни говор директора Клинике, као и заменика директора Клиничког центра Србије проф. др Мирка Керкеза. Приказан је десетоминутни документарни филм о Клиници, који је обухватио кратак историјат и садашњи опис делатности које се обављају на њој. Вече је настављено рециталима увек довитљивог песника Љубивоја Ршумовића, глумца Небојше Глоговица, глумице Иване Жигон и многих других припадника уметничких кругова. Последња је наступила наша најпозантија цез певачица, Бисера Велетанлић, а у пратњи клавијатуристе Василија Хаџиманова. Прослава је завршена коктелом у фоајеу Народног позоришта, а коначан утисак је да је цео дан протекао на највишем академском нивоу, усталом како и доликује Клиници са тако дугом традицијом и високим реномеом. //



MEDIGROUP – ПРВА ПРИВАТНА ПЛАТФОРМА ЗДРАВСТВА У СРБИЈИ

НОВИ КВАЛИТЕТ У ПРИВАТНОМ ЗДРАВСТВУ

// ПАЦИЈЕНТИМА ЈЕ НА РАСПОЛАГАЊУ НАЈШИРИ СПЕКТАР УСЛУГА,
НАЈМОДЕРНИЈА ОПРЕМА И ТИМ ВРХУНСКИХ СТРУЧЊАКА //

Однос према идеји лечења у приватним здравственим установама се са годинама веома променио. Самим тим и сам сектор приватног здравства се мењао. Глобални тренд је укрупњавање мањих здравствених система, формирање групација. Вођени тиме, одлучили смо се за интеграцију водећих приватних здравствених установа и стављање под заједнички „крив“ MEDIGROUP – приватне платформе здравства, прве код нас – истиче, у разговору за Гласник ЛКС, проф. др Александар Љубић, медицински директор те групације.

Шта представља прва приватна платформа здравства у Србији - MEDIGROUP, и шта она доноси - за пацијенте - кориснике, лекаре и друге заинтересоване, државу? Да ли то значи и нови квалитет у приватном здравству?

Наша одлука и мисија је потпуна посвећеност пацијенту, пружање квалитетне и мултидисциплинарне здравствене услуге, доступност најмодерније опреме и медицинских процедура, поузданост, као и транспарентност рада. У оквиру MEDIGROUP-е пацијент има слободу у погледу избора установе - локације и лекара.

Када говоримо о лекарима и, уопште запосленима у MEDIGROUP, обезбеђени су радни услови по



Др Лајош Фабијан, председник НО, и проф. др Александар Љубић, медицински директор MEDIGROUP

најсавременијим стандардима који важе за здравствене установе, одлична логистика, подршка колега у смислу јасне хијерархије одлучивања ... Оно што је једнако важно - води нас заједничка идеја да будемо први избор пацијената, да пренесемо своју добру енергију на њих, јер

рад у овако инспиративном окружењу мора да да добар резултат за све актере.

На дуже стазе, од овакве иницијативе има бенефит и држава. Пружањем доступне, квалитетне и свеобухватне здравствене неге, не само да побољшавамо квалитет живота грађана Србије, већ креирамо и нова радна места, растерећујемо сектор државног здравства и смањујемо одлазак нашег школованог лекарског кадра ван граница наше домовине. Увек постоји могућност сарадње са јавним здравством, таква партнерства су у свету уобичајена пракса.

Тренд укрупњавања које сам већ поменуо даје нови квалитет приватном здравству, с обзиром да на једном месту имате обједињену комплетну здравствену услугу; поликлинику са лабораторијском дијагностиком, болницу, породилиште и НИД (heavy imaging diagnostics), транспорт пацијената...

Како и када је почело успостављање MEDIGROUP- система? Да ли су ишачне стврдње да је већински власник холандски инвестициони фонд?

Успостављање MEDIGROUP система кренуло је пре годину дана, новембра 2012. инвестицијом у Дом здравља „Др Ристић“. Почетком 2013. систему је прикључена и Специјална гинеколошка болница

57 < ПРЕДСТАВЉАМО ЗДРАВСТВЕНУ УСТАНОВУ >>>>>

са породилиштем Јевремова, да би се током маја и јуна овом великом пројекту придружили и други Дом здравља „Др Ристић 2“ на Бановом брду и Дом здравља „Једро“ на Новом Београду.

Већински власник је холандски инвестициони фонд Blue Sea Capital, који инвестира на територији бивше Југославије, са великим искуством у финансирању и саветовању.

Здравствене институције у приватном сектору нису неизвесне у другим земљама. Које су предности таквој организовања?

Предност овакве организације је у томе што корисницима, односно пацијентима можете да пружите најшири спектар здравствених услуга, у примарној и секундарној здравственој заштити. Такође, олакшан је и убрзан комфоран приступ медицинским услугама и свим савременим процедурама. У конкретном случају, у Општој болници MEDIGROUP пацијентима је на располагању тим врхунских стручњака

из преко 20 специјалистичких грана, најсавременија имидинг дијагностика, седам операционих сала, више од 60 болесничких постеља, породилиште, транспорт пацијента, итд.

Значај платформе MEDIGROUP је вишеструк. Може ли да појасните шта подразумевају „инвенционалне уштеде на страни државе“?

Значај платформе MEDIGROUP је управо у квалитету услуге која се пружа пацијентима, одлична организација, поједностављене процедуре... одатле произилазе и потенцијалне уштеде на страни државе. Оне нису видљиве на први поглед. Побољшањем квалитета медицинских услуга подиже се квалитет живота, а самим тим и побољшава опште здравље нације. У болници посебну пажњу желимо да посветимо превентиви. То је још један фактор који обезбеђује уштеду државном здравственом сектору. У исто време, отварају се нова радна места. Тиме смањујемо одлазак

млађих лекара и другог школованог медицинског кадра у иностранство. Добри су примери иностране праксе где приватни и јавни здравствени сектори блиско сарађују. Од тога највећу корист имају сами пацијенти, што нам је и циљ.

Медицински туризам – у којим сеименима ће бити конкурентни на међународном нивоу?

У здравственом туризму лежи велика шанса. Сведоци смо доласка великог броја пацијената из иностранства на интервенције или редовне комплетне медицинске прегледе у Србију. То је доказ да, када су дијагностика и савремене медицинске процедуре у питању, не какамо за светом. Такође, MEDIGROUP се одлучио за политику веома прихватљивих цена за наше пацијенте. У том смислу, нема дилеме да ћемо бити конкурентни и за пацијенте који долазе из иностранства. Повезивање са нашом дијаспором је један од путева организације медицинског туризма.



Зграда Опште болнице MEDIGROUP



Породилиште ОБ MEDIGROUP



Кардиолошки кабинет



Рентген дијагностика



Очни кабинет ДЗ „Др Ристић“

У којој мери ће чланице (домови здравља Ристић и Једро, Специјална болница Јевремова) задржати своје специфичности после пријетварања MEDIGROUP платформи? Све ће куће су „брендови“ саме по себи.

Све чланице MEDIGROUP система имају сопствени идентитет и наставиће са својим редовним радом. То су етаблиране здравствене куће које су стекле одличну репутацију



ОРЛ кабинет ДЗ „Једро“

дугогодишњим радом. Сада ће бити у прилици да својим пацијентима понуде бројне бенефите и виши квалитет услуге који проистичу из таквог удруживања. Свака од чланица има своје пацијенте, али ће синергија свих наших експертских знања увести нови квалитет у српски здравствени систем.

Изнајмили смо Београдски КБЦ који ће радити као оштра болница. Да ли је тиме „заокружена прича“ када је реч о сектору услуга, на свим нивоима здравствене заштите?

Да, 3. децембра имали смо свечано отварање Опште болнице MEDIGROUP. За сада у пуној функцији су породилиште, лабораторијска дијагностика, имидинг дијагностика,

педијатрија...У периоду од наредних пар месеци ми ћемо ширити спектар здравствених услуга на општу хирургију, урологију, ортопедију...Врло брзо ћемо комплетирати сет здравствених услуга.

Има ли могућности за ујовавање са РФЗО у неким видовима дијагно-



Кабинет за пулмологију ДЗ „Др Ристић“

стике и лечења или ћеће бити ај-солујно окренути приватним корисницима?

Ми јесмо пре свега оријентисани ка приватним корисницима. У ком правцу ће држава надаље развијати сарадњу са приватним сектором здравства у Србији највише зависи од државе. Уколико буде постојала таква шанса, на добротит пацијента и обострани интерес приватног и јавног сектора бићемо спремни да размотримо могуће облике сарадње.

Имаће јесну сарадњу са приватном осигуравајућом кућом Delta Generali.

MEDIGROUP је потписао уговор о преузимању Дома здравља „Једро“ од Delta Generali осигурања.



Пријемни пулт ДЗ „Једро“

Тиме смо проширили сарадњу са Делта Генерали Осигурањем, међим приватним здравственим осигурањем у Србији. Међутим, ми сарађујемо и са свим домаћим и најрелевантнијим светским осигуравајућим кућама. Ова сарадња ће се у наредном периоду проширити и на болницу, али ће обим

59 <



Апартман Специјалне гинеколошке болнице „Јевремова“



Специјална гинеколошка болница са породилиштем „Јевремова“

те сарадње зависити од услуга које ове осигуравајуће куће покривају у својим пакетима. У односу на то зависиће и бенефити које ће потенцијални клијенти, корисници здравственог осигурања, моћи да користе у Општој болници MEDIGROUP.

Можеће ли нам открити неке планове за наредну годину? Планираће ли проширење групаације?

Планирамо да у оквиру поликлиничко амбулантног дела пацијентима пружимо још услуга из домена: интерне медицине, ендо-

кринологије, кардиологије, гастроентерологије, ендоскопске дијагностике, реуматологије, пулмологије, офталмологије, ОРЛ, дерматологије, физикалне медицине, хирургије, неурологије и неурофизиолошке дијагностике, урологије, као и кабинет за превенцију остеопорозе. О проширењу групације не могу да говорим пошто се бавим искључиво медицинским аспектом MEDIGROUP. Али, мислим да је наведено довољан доказ да смо веома озбиљни у намери да будемо водећа приватна здравствена установа у региону.

Јасмина Томашевић

ЛЕКАРИ ПИШУ



Мр сци. др Марко Костић,
СПЕЦИЈАЛИСТА ДЕЧЈЕ ХИРУРГИЈЕ,
Клиника за грудну
хирургију КЦС

Пацијенти са деформитетом грудног коша познатим под именом „левкасте груди“ (pectus excavatum), онедавно имају могућност да буду оперисани и на Клиници за грудну хирургију Клиничког центра Србије, применом нове методе, такозване NUSS процедуре. Она је постала светски позната после објављивања од стране америчког хирурга Donald-a Nuss-a у Journal of Pediatric Surgery 1998, после чега је добила широку популарност у свету. У Србији процедуру су 2006. године први применили проф. др Јокић и проф. др Крварушић на Институту за заштиту деце и омладине Војводине у Новом Саду. У Београду од 2008. године проф. др Брдар и др Костић примењују ту методу на Универзитетској дејој клиници у Тиршовој. Хируршке интервенције за исправљање тог деформитета рађене су само деци, углавном на децијим клиникама, а сада овој операцији, и то NUSS-овом методом, могу да се подвргну и младе пунолетне особе.

Постоје различити деформитети грудног коша и они су обично везани за спољашњи изглед грудне кости, тј. да ли је она у протрузији - избачена (пилеће груди - pectus carinatum) или у депресији - (левкасте груди- pectus excavatum), мада има и неких других, сложенијих, а ређих деформитета. Ти сложенији деформитети су pectus arguatum (голубије груди); деформитет грудног коша у склопу Поландовог синдрома; као и расцепљени sternum (грудна кост).

Уколико грудна кост иде ка унутра, у питању је pectus excavatum и, осим отворених класичних опера-



НА КЛИНИЦИ ЗА ГРУДНУ ХИРУРГИЈУ КЦС У ПРИМЕНИ НОВА ОПЕРАТИВНА ПРОЦЕДУРА NUSS

Корекција „левкастих јруди“ и код одраслих џацијенаџа

МИНИМАЛНО ИНВАЗИВНЕ ХИРУРШКЕ ИНТЕРВЕНЦИЈЕ ЗА ИСПРАВЉАЊЕ
ТОГ ДЕФОРМИТЕТА ДО САДА СУ РАЂЕНЕ САМО НА ДЕЦИ



СХЕМА ОПЕРАЦИЈЕ СА ИНСТРУМЕНТИМА



РЕНДГЕНСКИ СНИМАК
ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЈЕ

погрешну страну. Извесно је да је генетски фактор веома утицајан у развоју тог деформитета, јер се код око 35 одсто пацијената може наћи наследна предиспозиција.

Питање које се често поставља је да ли операцију треба радити, с обзиром да то није аномалија која угрожава живот. Постоје различити степени деформитета, а у 80–90 одсто случајева ради се о више естетском деформитету и пацијенти који га имају то превасходно тешко психолошки доживљавају. С друге стране, постоје већи идеформитети, када sternum врши притисак на срце (посебно на десну комору) и дислоцира га ван нормалне позиције.

Деформитет може бити већи или мањи, а мери се Haller-овим индексом на Rtg-у или СТ-у (који представља количник латеро-латералног дијаметра ребара у висини највећег депресије sternuma, са антеропостериорним дијаметром задње стране sternuma и предње стране пршљена кичменог стуба, на истој висини) и уколико је он већи од 3,2 сматра се да је то апсолутни индикатор за операцију (са овом индикацијом за операцију се иначе не слажу сви аутори, многи сматрају да је довољна само субјективна процена пацијента). Код већих деформитета притисак на срце постоји, иако не увек уочљив на ултразвуку, због тешке презентације десне коморе на коју се sternum иначе наслања. Примећена је далеко већа дисплазија митралне

ЕКИПА

Екипу која ради интервенцију на Клиници за грудну хирурргију КЦС чине: др Марко Костић (дечји и грудни хирург), др Никола Атанасијадис (грудни хирург), др Бранислав Јовановић (дечји хирург из Универзитетске дечје клинике), као и анестезилози др Драгана Ашујић и др Ирена Мојсић. Стално је приправна и кардиохируршка екипа, која је једна врста обезбеђења саме операције.

ција, сада се може кориговати минимално инвазивном методом. Овај деформитет се сматра урођеним, трећина их буде уочена већ на рођењу, а током времена, посебно у пубертету, постају јако наглашени, док остали буду уочени у току раста и развоја. Како овај деформитет настаје још увек није најјасније, али

постоји добро документована претпоставка, да протеоглигани II у зони раста ребарне хрскавице утичу да она мало више или јаче расте, те гурају грудну кост ка унутра или споља. Дакле, није искључиво sternum деформисан, већ више ребарна хрскавица, која различитим неправилним растом гура sternum на



ПРАВНИ АСПЕКТ ЗЛОСТАВЉАЊА НА РАДУ

Превенција мобинга је законска обавеза њослодавца

ЕКОНОМСКИ, ПОЛИТИЧКИ И СОЦИЈАЛНИ ОКВИР МОБИНГА У СРБИЈИ

Доц. др Зорица Терзић Шупић,
Институт за социјалну медицину,
Медицинског факултета
Универзитета у Београду

Дип. правник Олга Кићановић

Др Сергеј Лазаров,
пецијалиста епидемиологије,
специјалиста јавног здравља, Градски
завод за јавно здравље Београд



Мобинг је ново име за појаву стару колико и подела рада. Предуслов за разумевање, успешно процесуирање и санкционисање је препознавање мотива који га руководе, циљева који се мобингом желе постићи и интереса који се остварују.

Мобинг у Србији, и другим земљама у транзицији, носи своје специфичности, спроводи се стратешки и разликује се од мобинга заступљеног у развијеном свету - емоционалног мобинга (резултат психопатологије појединца, усмерен на појединца, са циљем задовољења патолошке потребе за злостављањем). Према дефиницији Клинике за рад из Милана, мобер је „особа са поремећајем личности, мање способна, али моћна, без капацитета за љубав, радост, креативност, давање и дељење, која мобингом прикрива немоћ у другим сферама живота. Мобер формира групу људи у којој доказује своју моћ, и важност, али не својим способностима, већ на рачун жртве“.

У транзиционим друштвима попут нашег, заступљенији је стратешки мобинг, чији циљ је економска и политичка сатисфакција мобера, док је емоционална сатисфакција само пропратна. У привреди, циљ мобинга је економски - да мобира ни сам оде и тиме ослободи послодавца обавеза при отказу (отпремнина и социјални програм). Мобер је најчешће нови власник, контроверзни бизнисмен, који је до фирме дошао сумњивом приватизацијом омогућеном спрегом: криминал - политика - привреда - правосуђе.

Без традиције пословања, етике и стварне жеље да се бави делатношћу фирме коју је из сасвим других разлога купио, њему су запослени трошак који треба смањити, а не ресурс у који треба улагати. Неспособан за тимски рад, без стратешких циљева и жеље опстанка пословања на тржишту, несавесни нови газда сматра да је, јефтином куповином фирме, купио и све запослене, њихове породице и животе. Нажалост, такво понашање је постало друштвено прихватљиво, па се надамо да ће Закон

о спречавању злостављања на раду допринети креирању здравијег радноправног окружења.

У државном и јавном сектору веома је присутан политички мобинг, као нелегалан наставак политичке борбе, чије су жртве лојални бившем менаџменту (који су углавном и дошли по политичкој линији), али и затечени професионалци, сведоци „ЗН“, како је то дефинисала стручна јавност - незнања, несавесности и нестручности постављених лица. На тај начин се систематски депрофесионализује државни и јавни сектор, а цену плаћамо сви.

Посебан вид мобинга јавља се и због непотизма, а Србија нема ни један пропис који регулише ту појаву коју не треба искоренити, како се не би елиминисали и добри кандидати, али је треба стално контролисати. У Србији је присутан и мобинг синдиката, ради слабења, уситњавања и политизације.

За стратешки мобинг карактеристично је да је углавном вертикални, а хоризонтално се јавља само подстрекнут са вертикале, пре-



дом мобинга. То је специјализована обука о правном оквиру (начелима медијације, познавање Закона о спречавању злостављања на раду и радног права, ради разграничавања мобинга од других кршења радних, социјалних и људских права, заштити током поступка, привременим мерама), подразумева емоционалну и социјалну интелигенцију посредника, која се такође стиче учењем као и вештина преговарања и налажења win-win решења, и најзад помоћ странама у формулисању споразума, који ће бити остварљив и примењив у пракси, не реметећи процес рада.

Нејрејознај сїраїешики мобинї

Лоше стране Закона су што не предвиђа стратешки мобинг, као ни забрану обављања руководећих послова лицима осуђеним за мобинг, бар у државном и јавном сектору, што може указати на недостатак политичке воље да се ова врста мобинга санкционише. Овоме у прилог иде и декларативна заштита лица које укаже на повреду јавног интереса. Закон каже да оно ужива усту исту заштиту као и учесници у поступку заштите код послодавца, која се огледа у забрани покретања дисциплинске и материјалне одговорности и отказа, током поступка, који траје од осам до 30 дана. Како у конкретном случају поступка, ова заштита се и не може применити, а рок заштите „звиждачу“ не даје никакву сигурност.

Непримењиве су предвиђене заштитне мере, које се односе на право злостављања на одсуство са рада уколико му прети непосредна опасност по здравље и живот, јер је опасност по живот од мобинга увек посредна. Мера забране приближавања преузета је из Закона о забрани насиља у породици, у коме се показала неостваривом, у недостатку средстава обезбеђења те заштите, а имајући у виду поменуто о мобингу као посредној опасности, не постоји правни основ за изрицање ове мере.

Посебно указујемо на неправилно дефинисано дејство споразума којим се решава поступак поводом мобинга код послодавца. Члан 21, став 2 каже: „... дејство споразума зависи од воље страна“. Таква дефиниција противна је основном

облигационом начелу, да стране у уговору - споразуму својом вољом стварају правну норму која их обавезује као закон - *Lex contractus*. Требало би рећи, а у тумачењу и примени споразума и једино исправно, да садржај споразума представља сагласност воља и зависи од воље страна, а дејство споразума обавезује стране потписнице на поштовање током примене. Закључен и потписан уговор - споразум који не обавезује потписнике правно не постоји. Другачија је ситуација када две стране, поштујући етичке и моралне скрупеле, постигну договор око одређених питања, који није обавезујућ (за непоштовање се не може тужити суду), али је вера у поштовање договореног заснована на узајамном поверењу – тзв. „центлменски споразум“ или писмо о намерама (*Letter of Intent*). Споразум којим се уређују односи мобера и жртве не спада у ову категорију, па би требало одредбу о дејству споразума што пре преформулисати.

Предметї злостїављања

Предмет злостављања према ЗСЗР је „свако активно или пасивно понашање према запосленом или групи запослених код послодавца које се понавља, а које за циљ има или представља повреду достојанства, угледа, личног и професионалног интегритета, здравља, положаја запосленог и које изазива страх или ствара непријатељско, понижавајуће или увредљиво окружење, поргоршава услове рада или доводи до тога да се запослени изолује или наведе да на сопствену иницијативу раскине радни однос или откаже уговор о раду или други уговор“.

Значи, да би злостављање постојало по ЗСЗР, потребна су два услова – понављање и умишљај, као и три заштићена добра: личност жртве (повреда достојанства, угледа, личног и професионалног интегритета), окружење (изазивање страха и стварање непријатељског и увредљивог окружења) и услови рада (најчешће премештај у неодогавајуће и измештене просторије).

Закон не каже колико пута се злостављање треба поновити да би се раздвојило од конфликта, па се правна празнина може попунити одговором да је то прво понављање истог или сличног злостављач-

ког понашања према истом лицу/ групи лица, у истим околностима.

Законодавац је препознао учесталост вертикалног подстеркавања хоризонталног мобинга, па ЗСЗР и подстицање на злостављање санкционише као непосредно злостављање, аналогно кривичном делу подстрекавања. Али, доказивање постојања подстицања мора бити конкретно – усмерено на одређено лице и одређену радњу. Подстицање се углавном чини активно – чињењем, мада се и недостатак жеље да се помогне лицу које приговара да је злостављано може тако схватити. На пример, ако се лице које сматра да је злостављано обрати надређеном ради заштите, а он то игнорише, такво понашање се може сматрати пасивним мобингом, али уз друге индикације, јер, имајући у виду текуће обавезе представљеног, такво понашање не мора узвесно извесно бити умишљај за мобинг. Пасивно подстицање (пропуштање дужности чињења), теже је доказати, обзиром да подстицање подразумева директни умишљај. Утврђивање подстицања олакшава сагледавање мотива који се злостављањем жели постићи и *pexus* мобинг – последица, ко из њега извлачи сатисфакцију.

Правилник о правилима понашања послодавца и запослених у вези са превенцијом и заштитом од злостављања на раду, ближе дефинише шест врста „понашања која могу указати на злостављање (оне могућавање комуникације, нарушавање међуљудских односа, напади на лични углед, на професионални интегритет, нарушавање здравља и сексуално узнемиравање).

Дефинисање било ког вида злостављања по принципу *numerus clausus* је немогуће, и може се узети у обзир само ради олакшавања препознавања најчешћих облика, груписаних по сродности мотива, чињења и последица. Начин злостављања зависи од деструктивне маштовитости злостављача.

Правилник прецизира и шест „активности и понашања“ које нису мобинг (члан.13): појединчни акт послодавца којим се решава о правима, обавезама и одговорностима, утврђивање права утврђених законом, спровођење радне дисциплине и обезбеђивање безбедности на раду, конфликт и дискриминација. По неписаном правилу, у прак-

ЛЕКАРИ ПИШУ

си оно што није предмет мобинга, често је доказ, ако су „понашања и активности“ спроведене intuitu personae – са циљем мобинга, а не из легитимних разлога пословне политике или у духу Закона о раду.

Рок за процесуирање злостављања на раду је шест месеци од последњег злостављања.

Две специфичности у процесуирању

Две специфичности у процесуирању злостављања на раду су: – пребацивање терета доказивања са тужиоца (или лица које тражи заштиту у поступку код послодавца) на туженога – лице које се терети за злостављање и – подједнако санкционисање самог злостављања и злоупотребе права на заштиту од злостављања.

Одступање од класичних правила о терету доказивања по принципу actori incumbit probatio, уведено је по Директиви Европског парламента 2002–73-ЕС, са циљем успостављања процесне равнотеже у споривима неједнаких могућности – радним споривима, јер је сасвим извесна супериорност једне стране – послодавца, како у економском тако и у социјалном смислу. Засад се ово одступање примењује се само у антидискриминационим законима и мобингу.

Терет доказивања подразумева две обавезе: *onus proferendi* и *onus probandi*.

Onus proferendi – изношење чињеница које постојање злостављања чине вероватним је обавеза тужиоца. Хрватски судови, на пример, дневник мобинга узимају као субјективни доказ на који се тужени изјашњава и оспорава изнете чињенице, које мобинг чине вероватним. Пракса, иначе, показује да је за праћење и процесуирање мобинга добро водити дневник, уз све околности које могу указати, прецизно описане, уз опис субјективног осећања које је тужилац доживео и реакције мобера и околине на све то. Треба евидентирати и евентуалне материјалне доказе (и-мејлове, смс поруке, налоге који нису у складу са послом; аудио и видео доказе, који, ако их судија не прихвати као дозвољене доказе, сигурно могу бити индиције; сва понашања која се могу сматрати злостављањем, и ако су се десила пред сведоцима;

евентуалне примедбе моберу поводом одређених понашања и указивање да их тужилац доживљава као злостављање на раду, као и одговоре; чак и ако нема одговора, то може представљати игнорисање, као један од видова злостављања; уколико се тужилац јављао лекару, треба евидентирати исход посете и лекарске налазе“.

Onus probandi – обавеза доказивања непостојања релевантних чињеница да мобинга било је на туженоме или лицу које се терети за злостављање у поступку код послодавца.

Овакав доказни поступак уводи процесну равнотежу страна, али може отежати и успорити примену Закона, бар у првом периоду, док ово одступање од стереотипа не сазри у свести оних који одредбу имплементирају. Поред тога, проблем који се може јавити у пракси је то што је вероватноћа – најнижи степен доказаности (виши су убеђење и извесност), па се може десити (макар теоретски) да судија, поштујући правила о терету доказивања по ЗСЗР, донесе пресуду на основу вероватноће, уколико послодавац не пружи противдоказе којима би „вероватноћу“ оспорио. Одлучивање без потпуно изведеног доказног поступка и утврђеног чињеничног стања у постојећој законској регулативи надмашује дискреционо право судије и устаљену праксу.

Други, и чешћи проблем је противтежа – увођење подједнаког санкционисања вршења мобинга и злоупотребе права на заштиту од мобинга. Злоупотреба је коришћење права противно циљу због кога је установљено или признато (члан 13. Закона о облигацијама), супростављена је општим правним, моралним и етичким начелима и санкционише се по облигационом праву, ради накнаде накнаде штете проузроковане злоупотребом, а не по посебном закону којим се штити само право.

Утврђивање злоупотребе по ЗСЗР врши се у посебном поступку, који спроводи послодавац, ако посредовање не успе, а има сумње да је било или злостављања или злоупотребе права на заштиту од злостављања. Ако се утврди да је запослени покренуо поступак заштите из лукретивних разлога, да је био свестан или морао бити свестан да нема злостављања, а поступак покренуо да би себи обезбедио корист

или другом причинио штету, он се дисциплински санкционише као и да је сам починио злостављање – у распону од опомене до трајног премештаја у другу радну околицу по ЗСЗР, или у складу са санкцијама предвиђеним посебним законом који се на њега примењује.

Страх од санкције за злоупотребу права често ограничава лице које сматра да је жртва мобинга да потражи заштиту од злостављања, па се поставља питање да ли је олакшавање доказног поступка преношењем терета доказивања на туженога-мобера фактички или само правно у његовом интересу.

Послужак њег сугом

Тужбени захтеви могу се односити на утврђење да је било злостављања и забрану даљег злостављања (што има смисла само ако тужилац још ради код послодавца), извршење радње ради уклањања последица злостављања, накнаду материјалне и нематеријалне штете узроковане мобингом и објављивање пресуде.

Накнаду штете сноси послодавац, са правом регреса од лица које је мобинг вршило. Надокнађује се само стварна штета (нпр. разлика између зараде и исплаћеног боловања, трошкови лечења), не и изгубљена добит, нпр. због онемогућавања напредовања (што је био захтев асистента на новосадском универзитету, коме је професор – мобер онемогућавао услове за напредовање).

Тужбени захтев којим се тражи објављивање пресуде је добра индивидуална санкција моберу, и генерална превенција потенцијалном мобингу. Друштвена осуда која резултира из објављивања пресуде јача морал и етику, и подсећа на кажњивост мобинга и обавезу поштовања Закона.

И овај Закон, као и сви други, треба временом да се мења и допуњава у складу са стварним потребама и остварењем циља – заштитом запослених и њиховог права на достојанствен рад, правној сигурности и стварању здравог тржишта рада, све са циљем достизања здравог и профитабилног друштва, јер је само задовољан и здрав радник добар, а здравље и продуктивност су основни елементи бруто националног дохотка. //

ПРЕНОСИМО ИЗ ДРУГИХ ГЛАСИЛА



BRITISH MEDICAL JOURNAL (BMJ)

Боља нећа за мање љара

Пише: Edward Davies (US news)

Прошле године BMJ је покренуо кампању против нежељених последица претераног лечења названу „Превише медицине“ (Too much medicine): www.bmj.com/too-much-medicine.

- Њихов позив није једини глас и нису једини који су препознали проблем и покренули причу о тој теми, већ су и друге организације и појединци који полако схватају да неки скрининзи, дијагностичке методе и процедуре лечења доносе више штете него добра пацијентима.
- Друга таква организација је Амерички одбор за интерну медицину (ABIM), који је покренуо иницијативу „Изабери мудро“ (Choosing wisely): www.choosingwisely.org/about-us/ у исто време када је BMJ покренуо кампању „Превише медицине“.
- Основни циљ АБИМ иницијативе је да „промовише разговор између пацијената и лекара који би помогао пацијенту да изабере третман ефикасан и заснован на доказима, без непотребних тестова и процедура, без штетности и који је истински неопходан“.
- Замишљено је да начин за започињање кампање буде идентификовање од стране националних медицинских организација и угледних медицинских стручњака, „пет тестова или процедура које се рутински користе у раду, а чија би се неопходност могла ставити под питање и дискутовати“.
- Листа (www.choosingwisely.org/doctor-patient-lists/) више десетина организација које су прихватиле изазов и дале предлоге, сведочи о значају кампање и раширености проблема.

Сада BMJ разматра ту листу и колико ће лако бити превести листу предлога у свакодневну праксу (doi:10.1136/bmj.f5904). Одговор је: Неће бити лако.

Иако се лекари појединци и њихове шире организације слажу са основном идејом те иницијативе, структура нпр. америчког здравственог система смањује шансе лекара да мењају свакодневну праксу. И на крају, али не најмање важну препреку представља и модел плаћања по услузи. Према недавном истраживању објављеном у часопису JAMA (Journal of American medical association), већина лекара подржава смањивање трошкова изостављањем непотребних тестова и третмана, али само седам одсто подржава укидање плаћања по услузи која их често подстичу.

(Објављено 4. октобра 2013.)

Превела:
Др Бранка Лазих



сплантацији срца говорио је проф. др Миљко Ристић, директор Клиничког центра Србије, а проф. др Бојан Биочина из загребачке болнице „Ребро“ о хируршким аспектима и изазовима у трансплантацији срца. Међу предавачима били су и: др Емилија Несторовић (Асистирани срчана циркулација), др Младен Кочица (Хируршки третман терминалне срчане инсуфицијенције), проф. др Марина Дељанин Илић (Индикације за трансплантацију срца), проф. др Дениз Кецециоглу из Бад Ојенхаузена, Немачка (Трансплантација срца код деце), проф. др Јасмина Кнежевић (Индикације за трансплантацију срца код деце). проф. др Драган Мандарић одржао је предавање о томе колико смо далеко од трансплантације плућа у Србији, проф. др Лидија Ристић говорила је о индикацијима за трансплантацију плућа, доц. др Миодраг Вукчевић о праћењу болесника са трансплантираним плућем, док је прим. др Татјана Радосављевић полазнике курса упознала са етичким аспектима трансплантације срца и плућа.

Домаћи курс прве категорије „Скрининг и рана детекција меланома“, одржан је у Малој сали Дома синдиката 3. октобра, а донео је 11 бодова за предаваче и шест бодова за слушаоце. Курс је отворила др Драгана Милутиновић, председница УО ЛКС. Било је речи о теледермоскопији (проф. др Ђуро Коруга са Машинског факултета, Одсек за нанотехнологије), а више предавања односило се на дермоскопију, презентацију теледермоскопске мреже, скрининг меланома путем мобилног телефона (др Јадран Бандић, доц. др Дејан Опрић, др Маријана Бандић и др Александар Лазаров).

Сала је била испуњена до последњег места, а целодневни курс обухватио је, осим низа предавања, још и интерактивну вежбу скрининга меланома путем мобилног телефона, као и тестове пре и после едукације.

„Повреде кичме и доњих екстремитета“ – назив је првог од три симпозијума у оквиру Дана српске медицинске дијаспоре 2013. Одржан је 3. октобра у Дому омладине у Београду, а учешће на симпозијуму обезбедило је 11 бодова за предаваче, седам за постере и пет за слушаоце. Предавачи су били; академик Милорад Митковић (Како обезбе-



Курс о трансплантацији: проф. др Миљко Ристић, проф. др Бојан Биочина, проф. др Марина Дељанин Илић, проф. др Јасмина Кнежевић, др Емилија Несторовић, др Дениз Кецециоглу, прим. др Татјана Радосављевић



Проф. др GUNTER SLOPPE



Проф. др Живка Ери



Прим. др Радослав Радосављевић



Проф. др Снежана Андрејевић Блант

дити оптималне биолошке и биомеханичке услове за зарастање и регенерацију коштаног ткива), проф. др Јорг Франке (Третман проксималних екстраартикуларних тибјалних фрактура), др Горан Сто-

јиљковић (Ургентно збрињавање политрауматизованих пацијената), мр сци. мед. др Станко Барлов (Специфичности прелома у дечјем узрасту), др Сеад Личина (Приказ случајева оперативне збинутих па-



Академик Милорад Митковић



Др Горан Стојиљковић



Др ДЕЈАН НЕШИЋ

цијената Ортопедске службе Опште Болнице Нови Пазар), др Бранко Радивојевић (Савремена неинвазивна дијагностика дискус херније) и доц. др Дејан Нешић (Рехабилитација пацијената са повредом доњих екстремитета).

У вечерњим сатима 3. октобра у Дому синдиката одржан је Округли сто „Улога, место и значај српске медицинске дијаспоре у различитим видовима стручног усавшавања

мље били су; др Јадран Бандић (ОРС Hospital), мр сци. мед. Јасмина Кнежевић (Приватно предузетништво у Србији), мр Виолета Скоробаћ (Улога приватне праксе у развоју пластичне, реконструктивне и естетске хирургије), др Драган Стефановић (SavaSurgery Ниш), др Бранко Миленковић (Медилек Чачак).

Занимљива искуства приватне праксе у земљама окружења пренели су: академик Жан Митрев (Фи-

userre Zamboni из Италије, проф. др Сњежана Томић из Хрватске, проф. др Живка Ери из Института за плућне болести у Сремској Каменици, проф. др Илија Ненадић из Немачке и прим. др Радослав Радосављевић из Србије.

Симпозијум „Хипербарична медицина“ одржан је у сали Народног позоришта у Нишу, 4. октобра. Предавачи су добили 11 бодова, аутори постера седам, а учесници пет бодо-



Проф. др АЛЕКСАНДАР ЛАЗАРЕВИЋ



АКАДЕМИК ЖАН МИТРЕВ



Проф. др РОБЕРТ САФТИЋ

лекара из Србије“, о чему у овом броју Гласника доносимо исцрпан извештај.

Симпозијум „Приватна пракса – решење за здравствени систем Србије“ одржан је 4. октобра у Великој сали Дома синдиката у Београду. Скуп је носио 11 бодова за предаваче, седам за постер и пет бодова за слушаоце. Председница УО ЛКС др Драгана Милутиновић одржала је предавање о приватној пракси у Србији од 1989. до 2013. године. О Студији изводљивости укључивања приватне праксе у здравствени ситем Србије говорио је проф. др Дејан Петровић. Међу предавачима из наше зе-

лип Втори, специјална болница за кардиохирургију у Скопљу), проф. др Александар Лазаревић (Cardio, кардиолошка ординација Бања Лука), и гости из Хрватске проф. др Никица Габрић и проф. др Роберт Сафтић.

„Преинвазивне лезије у хируршкој патологији“ – назив је међународног курса који је 4. октобра у Дому омладине окупио велики број полазника. Скуп је носио 14 бодова за предаваче, а седам бодова за слушаоце. Предавања су одржали: проф. др Тибор Тот из Шведске, проф. др Gunter Cloppel из Немачке, проф. др Снежана Андрејевић Блант из Швајцарске, проф. др Gi-

ва. Више предавања одржао је проф. др Томислав Јовановић. Предавачи су били: проф. др Alessandro Maroni, проф. др Ђорђе Радак, доц. др Предраг Бркић, проф. др Марко Бумбаширевић, прим. др Лепосава Милићевић, др Бранко Маркуш, др Весна Колетић, доц. др Предраг Бркић.

Истог дана одржана је промоција књиге „И лекари су људи“ Драгутина Бацка Грегорића, дугогодишњег уредника часописа „Вива“ и емисије на СОС каналу „Пулс живота“, у којој пред читаоце износи своје интервјуе са најзначајнијим лекарима из Србије и света.

Јасмина Томашевић

In memoriam

Прим. др Спасо Анђелић,
председник РЛК Београда
(1956–2013)

Спаса ће заувек бићи мој доктор



Да ме је било ко други прошле недеље питао да напишем текст о др Спаси, одбила бих! Не зато што не желим више да пишем о њему, већ зато што ми је исувише болно да претурам по себи и сећању и претварам у речи оно што сам, пре свега, као људско биће, а онда као пацијенткиња доживела са њим. Али, ово радим само из једног разлога: да вам испричам колико је лако да човек буде прави лекар свом пацијенту. И то сада, када сви мисле да је српско здравство најгоре на планети и да су лекари некаква чудовишта без емоција и срца.

Мој доктор је умро 22.октобра. Да ли ће неко успети да заузме његово место? Сумњам. И вама морам да кажем, као што сам то урадила свима досад, да ме баш брига шта ћете да мислите што плачем док пишем ово. Једноставно, Спаса и ја смо имали чудесан међуљудски однос, али и онај лекар-пацијент, који је био пун поверења.

Знао је како да ми каже оно што види и да ме истовремено умири. – Не видим да куца срце. Није ово у реду. Дођи сутра у осам да урадимо киретажу – окреће др Спаса лице од монитора ултра-звуча ка мени. Гледа ме оним мирним погледом. Наравно, моја мимика показује да ћу сваког часа да бризнем у плач. Баш смо желели бебу те 2006. године. – Зашто плачеш. Не секирај се. Боље је овако. Природа је све сама урадила. Нешто није ваљало. Ајде, ајде. Биће све у реду – говори ми он.

Ујутру долазим. Његове сестре ме спремају за интервенцију. Хаос ми је у глави. Емотивни. Верујте ми, ниједног секунда нисам размисљала како ће он то да уради. Исто би било и да ми је рекао: „Дођи сутра, ставићу те на сто, оћу нешто да експериментисам“.

Ништа га не бих питала, него бих дошла. Толико сам му веровала. Легла сам на онај сто. Чекао ме је. Смешао се. – Сада ћеш да заспиш. И када се будеш пробудила, биће све готово.

Тако је и било. Када сам се пробудила, он је био ту. Вадили су ми брауну из руке. Крв је кренула. Он ју је брисао. – Имаћеш бебу. Видећеш.

И имам је. Дечак од пет година који, откако је научио да прича, кад год на ТВ види Спасу виче: „Мама, ено нам га Спаса!“

Све ове године причала сам му, када год га неки новинар пита нешто, чак и о неком лошем догађају, да одговори. И, нека увек има у глави да ми нисмо завршили медицину и да мора да нам прича једноставним језиком.

А он мени, када сам гледала операције и говорила да ћу да паднем у несвест: – Ајде. Шта то причаш! Па идемо ову жену да учинимо здравом!

И никада се нисам онесвестила. Јер сам гледала колико предано ради тај свој посао.

Пред Спасину болест нисмо се чули, ни видели. Била сам у гужви. Сањала сам га тог шестог маја. Тада је имао операцију. Моја пријатељица звала га је 24.маја да јој да изјаву за новине. Рекао јој је да је на боловању. Одмах је окренула мене: – Болестан ти је Спаса.

Ја спуштам слушалицу и зовем га. – Тако ти мислиш о свом доктору. Болестан сам, а тебе нема ни да се јавиш.

Слушам те речи. Глас није његов. Схватам да нешто озбиљно није у реду. – Долазим да се видимо – кажем му. – Не могу још. За десет дана ћу моћи – одговара ми и прича шта се десило.

Завршавамо разговор. Није ми

добро. Чекам да га видим. Шаљем поруке. Дошао је и тај дан. Јурим у Фронт. Гледам га. Ослабио 18 килограма. Блед. Причамо о свему. Престрављена сам. Желим да ми каже да је све у реду. То ми и говори. Бришем јако. Данима. Чујемо се. Чекам да ми каже да је завршио са терапијом, али се то не дешава.

А онда, две недеље пред смрт, говори ми да је на боловању, јер лоше подноси терапију. Сваки дан сам желела да га питам како је. Нисам хтела да га узнемиравам. А онда ми није одговорио на моју последњу поруку. Уместо његове, стиге ми порука мог пријатеља: – Шта радиш сад? Читам да је твој доктор умро.

И онда је време стало. Још не верујем. Била сам на сахрани и видела све... Дани пролазе. Престала сам да причам о томе како идем улицом и одједном се расплачем. Или ми груну сузе док читам нешто, слушавам музику...

Зато што више не могу да окренем његов број и чујем: – Еј. Како си?

Што не могу више да одем у онај Фронт и уђем у његову лекарску собу, а он да подигне обрве и кроз осмех каже: – Откуд ти?

Иако сте сви доктори, тврдим вам да, када је мој доктор на овом свету зажмурио, истог трена се пробудио негде где му је сада много боље.

И овде ћу да се зауставим. Нисам вам писала како не могу да прођем поред Фронта, нити колики је он стручњак био и шта је све започео. То и сами знате. Хоћу само да вам кажем да вам желим да у својој каријери имате барем једног пацијента који ће вас волети колико ја волим мог доктора Спасу.

Радмила Бриза
новинарка и пацијенткиња прим.
др Спасе Анђелића

In memoriam

Др Зорица Динић
(1950–2013)

Оснивач првој приватној дома здравља



Др Динић 1994. основала је Поли-клинику Визим, практично у пово-ју легалне приватне праксе у Ср-бији. Тада се дешавало да осморо запослених недељно прими свега два пацијента. Људи су били непо-верљиви, са сумњом би провири-вали на врата не усуђујући се да уђу, јер су мислили да чим пређу праг да ће им се нешто наплатити. Ипак, први пацијенти нису били богаташи, већ старији суграђани

који су се једном давно били сви-кли да имају породичног лекара. Биланси бележе да је барем тре-ћина свих прегледа месечно била бесплатна.

„Морате да учествујете у свему што се дешава у средини у којој жи-вите. Без обзира на то што радите у приватној пракси, пацијенти треба да вас осете као лекара, а не као тр-говца. Сем тога, спадам међу људе који мисле да не треба бити шкрт

на лепим речима и делима. Веру-јућа сам особа и мислим да кад би се свако трудио да буде добар чо-век, свима би нам било много лак-ше у животу“.

Мајка је четворо деце, од којих су двоје лекари и сви заједно ра-де у овој породичној фирми. Под кровом Динићевих је у једном мо-менту, кад су примили троје деце из избеглиштва, живело њих де-веторо.

Др сци. мед. Михајло Додић
(1957–2013)

Радиолог и брилијантни дијагностичар



У недељу, 29. септембра, преми-нуо је др сци. мед. Михајло Додић, наш драги Мика.

Изгубио је борбу са тешком бо-лешћу човек, који је безгранично волео живот у пуном сјају и људе. Својим одласком осиромашило је српску медицину за једног ванред-ног и племенитог човека и изузетно иновативног лекара. Посебан је гу-битак за радиологију Србије у којој је Мика оставио печат брилијант-ног дијагностичара.

Рођен је у традиционалном и па-тријархалном Врању, у старој, грађан-ској породици Додића из које је по-нео своје дивне особине доброг и веселог човека који је волео истим жаром, осим медицине, и добру ста-росрпску јужњачку песму, кафану са душом и добром трпезом, своју породицу, лов, билијар, нумизмати-ку, старине, архаично оружје.... јед-ноставно био је човек богате душе.

Остао је веран и свом родном Вра-њу, као и Београду, Великој Плани,

Кучеву, и осталом делу Србије која га је тражила као врсног и вредног радиолога.

Увек насмејан и позитиван, неу-моран у послу, одан лекар пацијен-ту, након завршетка студија меди-цине почиње да ради у КБЦ Земун где стасаву у успешног радиолога. Специјалистички рад наставља у Клиничком центру Србије, на та-дашњој Интерној Б клиници у то-ку кога, у преданом раду са паци-јентима, магистрира и докторира,

In memoriam

Спец. др мед. Златко Спасић
(1954–2013)

Борац за часћ и ућлед свих лекара



Данас Визим има четрдесеторо стално запослених и понекад не могу да приме све који би желели да се ту лече.

У периоду 2005–2006. др Динић била је ангажована у Министарству здравља Републике Србије као саветник Министра за развој приватне праксе. Године 2006. отворила је први приватни Дом здравља – Визим у Београду и Србији. У периоду до 2012. основала више приватних домова здравља и екстерних амбулантација.

Од 2009. до смрти, била је Председник посебног одбора за Примарну здравствену заштиту у приватној пракси у Регионалној лекарској комори Београд.

Добитник је више признања за професионални рад и афирмацију приватне лекарске праксе. У сарадњи са православном црквом бавила се хуманитарним радом.

Дана 9. септембра престало је да куца срце ове храбре и племените жене.

Слава јој!

Др Бранка Лазић

остављајући паралелно за собом писане стручне радове и аутиризоване књиге из области ендокрине радиолошке дијагностике.

Своје богато клиничко радиолошко искуство претаче у рад своје приватне специјалистичке ординације „Додић“ у којој наставља рад истим жаром и истим типичним „Микиним стилем“, увек позитивним према пацијенту и не увек наплативим. Волели су људи да их прегледа драги др Мика, па чисто само и да провере здравље.

Био је нежан и брижан како као родитељ свом сину Милошу и кћерки Јовани, тако и као супруг својој драгој Биљани која га је одано пратила у току рада у приватној ординацији „Додић“ до последњег дана и у тешкој болести.

Била је привилегија имати га за колегу, пријатеља, друга лекара пацијенту. Сви ми који смо га познавали, сада осећамо бескрајну празнину након његовог одласка. Недостаје нам.

Нека му је вечна слава.

Др Марина Мандарић

У уторак, 12. новембра, преминуо је др Златко Спасић, наш драги колега и пријатељ.

Изгубио је битку са кратком, али тешком болешћу, не обраћајући пажњу на то да га је она упозоравала да ће доћи, претпостављајући јој своју велику страст, љубав према природи, према изворном животу, према лову који је волео на ретко потпун и посвећен начин. Лекарска професија у Србији изгубила је свог, како је сам себе називао, *medicus simplex*-а, несебичног борца за част, углед и достојанство свих лекара.

Његови најмилији, Дара и Јован, остали су без великог ослонаца у животу, али заувек оплемењени врлинама свога оца.

Др Златко Спасић, рођен је 13. септембра 1954. у Нишу.

На Медицинском факултету у Нишу дипломирао је 1978, а специјалистички испит из гинекологије и акушерства положио 1990. године. Професионалну каријеру започео је у Здравственом центру Крушевац, као лекар на хемодијализи, а потом радио као лекар опште праксе у Дому здравља Ражањ, да би, након положеног специјалистичког испита, радио у овој установи као гинеколог. Од 2000. до 2002. године ради као гинеколог на Гинеколошко-акушерском одељењу Здравственог центра Параћин, а потом прелази у Ниш, где је, до своје смрти, радио као гинеколог у Служби за здравствену заштиту жена Дома здравља Ниш.

Један је од оснивача Саветовалишта за младе у Дому здравља Ниш, а Лекарску комору Србије предста-

вљао је у Здравственом савету Србије од његовог оснивања.

Као страствен ловац и публициста, написао је дело велике вредности, међу познаваоцима изузетно цењену књигу „Вештина лова“.

Пацијенти су га, као лекара, гинеколога, изузетно уважавали и волели. Био је познавалац људских карактера, друштвених околности, са посебном способношћу да изгради најбољи индивидуални приступ сваком човеку, самим тим и сваком пацијенту. Захваљујући великом искуству и богатој пракси како у примарном тако и у болничком здравству, уливао је својим пацијенткињама безрезервно поверење, испуњавајући их спокојством и задовољством.

Добробит лекарске струке стављао је изнад свих профаних појава турбулентног друштва у коме је живео и радио, немајући других жеља до да доживи да његове колеге и њихова заједничка професија буду враћене на место које им припада, а које су изгубиле због банализовања које су спроводиле различите бахате „друштвене елите“ кроз деценије које су за нама.

Недостајаће нам. Нама, који смо га познавали, недостајаће његова логична, здраворазумска решења за често нелогичне ситуације, његова шаливост проткана мудрошћу и пријатељ на кога смо увек могли да се ослонимо. Они која га нису знали неће знати шта су изгубили, али ће осетити губитак када им ми будемо причали о њему.

Нека му је вечна слава.

Др Александар Радосављевић

ИЗ ИСТОРИЈЕ МЕДИЦИНЕ: КО ЈЕ БИО ДР ЈОВАН АПОСТОЛОВИЋ?

Први српски школовани лекар



Јован Апостоловић рођен је у угарској престоници Будиму, у пролеће 1737. године, као треће дете у имућној и угледној породици пореклом из Солуна, од оца Вукана и мајке Љубице. Растао је и васпитаван у духу православља и традиционалних обичаја и веома рано испољио велики дар за усвајање знања. Посебно је волео епску поезију, математику и историју.

Његов учитељ Дамјан Игњатовић, као добар педагог, запазио је овај дар и необично развијену радозналост код свог ученика, због чега је лично утицао на родитеље, да дечаку омогуће даље школовање.

Тако је захваљујући првенствено свом учитељу, млади Јован уписан у тадашњу „латинску школу“, нижу гимназију, у којој су се, што је била реткост за то време, образовали и православци и католици, а након ње уписује 1750. године тзв. Лицеј у Пожуну, данашњој Братислави. Школовање на Лицеју трајало је од 1750. до 1754. године.

Јованово сјајно опште образовање и васпитање, као и жеља за даљим учењем, нису промакли тадашњем директору Лицеја, чувеном професору филозофије Михаилу Пешоку, на чије инсистирање, Јован ускоро уписује студије медицине у Немач-

кој, у Јени. Као млад студент, Јован је имао привилегију да му предавачи буду тадашња велика имена медицине Кристијан Волф, Фридрих Хофман и Ернест Стал. Студије медицине Јован Апостоловић завршио је са највишим оценама и пре рока, што је био разлог да му, као изузетном студенту, професори дозволе да само две године након дипломирања брани докторску тезу.

Јованова докторска дисертација под називом „Како осећања делују на људско тело“, сматра се у историји медицине, првим научним разматрањем утицаја стреса на физичко здравље човека“.

ДР ГАВРИЛО ПЕКАРОВИЋ (1812–1851)

Писац првог педијатријског уџбеника код нас



Гаврило Пекаровић, рођен је 15. марта 1812. године у тадашњем Оросламошу (данас Банатско Аранђелово), од оца Димитрија и мајке Розе. Према изворима из тог времена, записано је да га је у православном храму у Оросламошу, крстио тадашњи парох Петар Миладиновић.

Основну школу завршио је у Оросламошу, док је гимназију похађао и изузетно успешно завршио у Сегедину. Медицину је студирао у Пешти, марљиво посећивао предавања, много читао, учио и био одличан студент. Пекаровић је тако 9. маја 1836. године, на Медицинском факултету у Пешти, промовисан за лекара, са правом да

„практикује медицину на простору читаве Мађарске“, њој придодатим провинцијама (дакле и у Војводини), као и на територији аустријске монархије.

Своју књигу о здрављу и неговању деце у првим годинама живота, „Чадољуб“, која се сматра и првим педијатријским уџбеником код нас, млади Гаврило Пекаровић је написао још као студент медицине, далеке 1836. године. Књига је имала 104 стране и штампана је у Будиму, у Краљевском пештанском свеучилишту. У време када је ова књига написана, педијатрија још није ни била издвојена као посебна област медицине, већ се то десило тек у другој половини 19. века.

Значај те књиге, како са стручног, а посебно са историјског аспекта, још је већи, ако се има у виду да је први српски школовани специјалиста педијатар, др Платон Папакостопулос, рођен 1864. године, специјализирао на Дечјој клиници у Бечу, а да је прва катедра педијатрије основана најпре у Берлину 1872, а потом и у Паризу 1879 године.

Након завршених студија медицине, лекар Гаврило Пекаровић долази у Вршац, где се и оженио Сабором Нанчић, лепом и образованом кћерком угледног вршачког трговца. Др Пекаровић радио је у такозваном Српском шпитаљу, у порти саборне цркве у Вршцу. Такође, у Вршцу, доктор Пекаровић упознао

Др Јован Апостоловић је своју обимну докторску дисертацију, имала је 70 страна и 65 поглавља, написао и одбранио на латинском језику, крајем 1757. године. Дисертацију је посветио бечком професору Герхарду Ван Свитеру, пореклом Холанђанину. Данас је докторска дисертација др Јована Апостоловића део збирке музеја медицине у Халеу.

Своју прву приватну праксу, млад др Јован Апостоловић је имао у свом родном Будиму, где је уз мали број пацијената и несигурне приходе, тек за преживљавање, живео и радио око две године, до одласка у Нови Сад. Убрзо по избијању епидемије куге у Срему, Бачкој и Банату, др Апостоловић је из звања општинског лекара, именован за главног градског физикуса. Своје велико знање и изузетну енергију, др Апостоловић уложио је у сузбијање ове епидемије. Међутим, политичке прилике и верска превирања, учиниле су да око 1765, и поред неспорних квалитета, буде смењен. Нарушеног здравља, др Јован Апостоловић је остао да живи у Новом Саду где је и преминуо, вероватно од туберкулозе, 1770. године, у 33. години живота.

Др Душан Ђокић

се са нашим, већ тада цењеним и славним, писцем и комедиографом Јованом Стеријом Поповићем. Познанство лекара и писца веома брзо је прерасло у искрено пријатељство. Тако је Јован Стерија Поповић посветио свом пријатељу др Гаврилу Пекаровићу комедију „Тврдица“.

Др Гаврило Пекаровић преминуо је 8. марта 1851. године у 39. години живота.

Друштво лекара Војводине поново је штампало ову изузетно ретку и драгоцену књигу у тиражу од 3.000 примерака. Продајом тог тиража сакупљен је новац за подизање бисте др Гаврилу Пекаровићу.

Такође, Друштво лекара Војводине предложило је 1979. године да се управо током Међународне године детета (1980.) поставе спомен бисте доктору Пекаровићу испред Дечје клинике у Новом Саду, испред Медицинског центра у Вршцу, као и испред амбуланте у родном Банатском Аранђелову.

И сама биста са именом др Гаврила Пекаровића својеврстан је куриозитет. Како ни након дужег трагања није пронађен портрет др Гаврила Пекаровића, одлучено је да се за вајање попрсја бисте позајми лик комедиографа Јована Стерије Поповића!

Приредио: Др Душан Ђокић

ДА СЕ НЕ ЗАБОРАВИ: ДР АВРАМ ВИНАВЕР

Време Човековања

Пише:
Прим. др Предраг Тојић

Много је примера у постустанничкој Србији доласка значајних људи из Европе у Србију, њихово прихватање држављанства Србије и улазак у сав српски национални корпус, са својим великим знањем и укупном ерудицијом. Они су били потребни Србији, а Србија је била потребна њима. Да буде јасније, Србија им је била потребна због непатворених етичких и етничких вредности које су обитавале у њој.

Један од убедљивих примера, који потврђује напред речено, пример је др Аврама Винавера, рођеног 1863. године у Варшави, Пољска, у познатој јеврејској породици која је свету дала више научника, лекара, књижевника, уметника. Школовао се у родном граду, али је за време медицинских студија био уплетен у једну револуционарну заверу, па је пребегао у Краков, који је тада припадао Аустрији. Након завршених студија медицине, постао је асистент код професора Јохана Микулчића-Радечког. Убрзо је отишао у Беч код чувеног професора др Теодора фон Билрота. На самом почетку 1889. Године, кренуо је на рад у Индију, зауставио се у Београду и у Србији остао до смрти. Слично је коју годину раније урадио млади аустријски официр Павле Штурм, застао у Београду, остао заувек као чувени српски генерал Павле Јуришић Штурм.

Доктор Винавер је 2. марта 1889. године, по доласку у Србију, постављен за секундарног лекара Опште државне болнице у Београду. После осам месеци премештен је у Окружну болницу у Шапцу на место уговорног ординаријуса, пошто је био страни држављанин. Због тога је приман на рад по уговору, па



се одлучио да покрене своју приватну праксу. Наиме, доктор Винавер је конкурисао за општинског лекара у Шапцу, одбијен је и упорно је више година постављао своју кандидатуру за исто место. Пошто није имао српско држављанство, није могао добити жељено намештење, мада је, као и данас било изузетака. У Шабац је дошао са супругом Ружом која је 1. марта 1891. године родила сина Станислава, а 1898. кћерку Мјећеславу. Од друге половине 1896, доктор Аврам постаје први приватни лекар у Шапцу и као такав остаје у овом граду дуже од свих његових колега, све до 1912. године, када је прешао у војну службу и отишао у рат. Пре тога је примио српско држављанство и добио чин санитетског мајора, иако није служио војску пошто је био војни бегунац из Аустрије.

се одлучио да покрене своју приватну праксу. Наиме, доктор Винавер је конкурисао за општинског лекара у Шапцу, одбијен је и упорно је више година постављао своју кандидатуру за исто место. Пошто није имао српско држављанство, није могао добити жељено намештење, мада је, као и данас било изузетака. У Шабац је дошао са супругом Ружом која је 1. марта 1891. године родила сина Станислава, а 1898. кћерку Мјећеславу. Од друге половине 1896, доктор Аврам постаје први приватни лекар у Шапцу и као такав остаје у овом граду дуже од свих његових колега, све до 1912. године, када је прешао у војну службу и отишао у рат. Пре тога је примио српско држављанство и добио чин санитетског мајора, иако није служио војску пошто је био војни бегунац из Аустрије.

Прег војним судом

У рату др Винавер је био управник Војних болница у Куршумлији и Врању. У другом Балканском рату био је управник Војне болнице у Ваљево, у којој се затекао и када је Аустрија кренула у Први светски рат. У време Колубарске битке др Винавер је са 500 рањеника у Ваљево сачекао непријатеље који су их заробили. Војни суд 15. Аустроугарског корпуса саслушавао је др Винавера 17. новембра 1914. год. у Ваљево. Иако је био претходно резидент аустроугарске царевине, одлично говорио немачки, није желео са непријатељем да разговара немачки, тражио је тумача, а по његовом захтеву и записник је писан на српском и немачком језику. Суд га је, као војног бегунца и непослушног непријатељског официра осудио на смрт. Пресуда није могла бити извршена јер је Колубарска битка би-

75 <

ла у току. Нажалост, непријатељ је имао времена да остави хиљаду болесника и рањених својих војника, са два Чеха лекара. По свој прилици да су ови војници били легло заразе и од њих је кренуо страшни пегави тифус у Ваљево. Др Винавер је као управник Војне болнице прошао сву голготу повлачења српске војске и са својом војном болницом стигао до Бевђелије, где је оболео од маларије и умро 24. августа 1915. године. По сопственој жељи, сахрањен је у заједничкој гробници, присут кречом и затрпан земљом, као и остали војници!

Винавери, др Аврам и госпођа Ружа (1871, Краков – 1942, Београд) брзо су се сродили са Шабачком средином. Госпођа Ружа, одлична пијанисткиња, била је професор клавира и активна чланица Кола српских сестара. Тада је и у Шапцу било доста клавира па када гране пролеће из отворених прозора одјекивали су звуци Бетовена, Грига, Бранса, Шопена, Шуберта и других светских композитора. Госпођа Ружа је често наступала са Робертом Толингером, челистом, професором музике и хороваћом Шабачком певачког друштва. Аврам и Ружа су давали посебан штимунг на многим забавама тада организованим у Шапцу. Иницијативом др Винавера у Шапцу је основан Шах клуб 1905. год, чији је он био први председник.

Испред времена

Др Аврам Винавер је био веома начитан и паметан човек, говорио је неколико језика: хебрејски, немачки, француски, пољски, руски и српски. Увек је тежио да прати новине у медицини, био претплатник страних медицинских часописа, а и сам је писао чланке по нашим и стручним часописима. Једном приликом, још као болнички лекар, желео је да помогне једном тешком туберкулозном болеснику у Болници. Није му било тешко да почетком 1891. године из Берлина добави нов препарат „Кохову лимфу“, лек које је био претеча турбекулину, односно БСЖ вакцини. Почетком 1896. год. професор Вилхем Рентген из Минхена објавио је свој проналазак „нових X-зрака“, који су по њему названи „Рендгенови зраци“. Већ исте године почела је серијска производња „Рендген апарата“, као револуционарно откриће у медицини. Др Винавер је у другој половини 1900. године из Берлина добавио Рентген апарат за своју приватну ординацију. То је био ПР-ВИ лекар у Србији који је набавио Рентген апарат. Истине ради први

Рентген апарат у Србији је набавила Војна болница у Београду 1897. године.

Др Винавер, као пионир радиологије у Србији, у Шапцу сигурно, имао је са својим Рентген апаратом далекосежније планове. Наиме, први у Србији почео је да се бави зрачном терапијом тумора коже и дијагностиком туберкулозе плућа, као и дијагностиком повреде костију. На првом Конгресу српских лекара и природњака, одржаног од 5. до 7. маја 1904. у Београду, поднео је реферат „Пет година лечења рентгеновим зрацима“. Приказао је лечење на 62 болесника. Осим тог, др Винавер је поднео на овом Конгресу још један реферат „Дијагностичка важност рентгенових зрака код болести плућа, нарочито код



Др Аврам Винавер

почетне туберкулозе“. Овај велики и надасве упоран лекар дао је допринос српској и светској медицини тога времена.

Ваља казати коју реч и о породици др Винавера, пре свега о сину Станиславу - Сташи. Станислав Винавер завршио је гимназију у Шапцу, а у Паризу је студирао математику и музику – наоко две велике супротности. Успешно је говорио више страних језика. По избијању Првог светског рата, вратио се из Париза и добровољно се јавио у војску. Упућен је у подофицирску војну школу у Скопљу, у чувену јединицу „1300 каплара“. Станислављево родољубље је било и виђено и чувено. Успешно је прошао све замке и изазове Првог свтеског рата, положивши све испите из патриотизма и родољубља, као високо морални пример истих. После рата живео је у Београду учествујући у свим кул-

турним збивањима. Од младости га је вукла поезија па је израстао у горостаса српског песничког модернизма. Познат је као есејиста, драмски писац, приповедач, пародиста, памфлетиста, књижевни и музички критичар. За собом је оставио више од 30 књига. Други светски рат издржао је у официрском заробљеничком логору у Оснабрику, у Немачкој што му је спасло главу. У комунистичкој Југославији проводио је дане и године у узалудном доказивању људских права. Умро је у Нишкој бањи 1. августа 1955. године.

Ђачка шпрџеза

Мјећеслава, Мјећа Винавер рођена је 1898. у Шапцу и била мезимче породице. Умрла је 1910. године и



Станислав Винавер

сахрањена на Шабачком Доњошорском гробљу. На великом квадру од полираног шведског гранита уклесане су речи:

„Наша златна Мјећа,
Однесе срећу,
Остави бол“.

Кратак епитаф саставио је брат Станислав, који је следеће 1911. год. издао прву збирку песама под називом „Мјећа“. Госпођа Ружа је од Мјећиних новаца остављених за удају основала Ђачку трпезу у којој је сваког дана ручавало 30 ученица Више женске школе, у коју је тек ступила Мјећа.

Ови златни примери како се у Србији и у Шапцу „човековало“, како су Срби прихватили странце, а придошли Србе. Сигурно су и једни и други имали разлога да на овакав начин „човекују“.

Одлуке судова части Коморе

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу мр сц. мед. Ивица Милосављевић, као председник Већа, проф. др Томислав Мареновић и проф. др Мирослава Јашовић Гашић, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности др Лазара Пајевића из Земуна и др Игора Георгијева из Београда, због повреде професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 49. и 51. Закона о здравственој заштити, по захтеву за покретање поступка – решења истражног судије спец. др мед. Јелице Поповић, прим. бр. Ди 38-157/2012 од 16.04.2013. год., а по службеној дужности поднетом предлогу Етичког одбора ЛКС, након одржаног главног претреса дана 17.09.2013. год., на нејавној седници дана 17.09.2013. год. донело је

О Д Л У К У

Чланови Лекарске коморе:

1. др Лазар Пајевић из Земуна - Браће Радишић 19, лекар суоснивач Специјалне болнице за пластичну и реконструктивну хирургију „Комненус“ у Београду, са лиценцом број 103892 и
2. др Игор Георгијев из Београда – Светозара Марковића 26, лекар суоснивач Специјалне болнице за пластичну и реконструктивну хирургију „Комненус“ у Београду, са лиценцом број 101223 на основу чл. 234. - 237. и 239. Статута Лекарске коморе Србије

ОГЛАШАВАЈУ СЕ ОДГОВОРНИМ

јер су у својству оснивача и одговорног лица Специјалне болнице за пластичну и реконструктивну хирургију „Комненус“ у Београду дана 02.01.2012. год. организовали обављање здравствене делатности, односно дозволили да спец. др мед. Александар Симић, као главни оператор, и спец. др мед. Тијана Симић, као анестезиолог, започну хируршку интервенцију над пацијенткињом Аном Јанковић у пословном простору на адреси Османа Ђикића бр. 3, у Београду, иако су знали да за тај простор није добијено решење Министарства здравља о испуњености прописаних услова и сагласност за почетак рада на тој адреси,

чиме су учинили лакшу повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези одредаба чл. 49. и чл. 51. Закона о здравственој заштити, и на основу чл. 240. става 1. тачка 1, 2. и 7. Статута Лекарске коморе Србије изриче им се

ДИСЦИПЛИНСКА МЕРА ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

Образложење

Лекарима, члановима Коморе др Лазару Пајевићу и др Игору Георгијеву, а по службеној дужности поднетом предлогу Етичког одбора ЛКС, ставља се на терет да је учинила повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 49. и 51. Закона о здравственој заштити.

Представник Етичког одбора ЛКС, који је по службеној дужности поднео предлог за покретање поступка, у току главног претреса износи да је предлог поднет по претходном обавештењу Одсека за здравствену инспекцију Министарства здравља Србије да је у просторијама „Комненус“ а дана 02.01.2012. год. започета хируршка интервенција над пацијенткињом Аном Јанковић, која је због компликација у току интервенције прекинута. Износи даље, да је накнадном провером квалитета стручног рада од стране комисије надзорника је утврђено да је поменута интервенција урађена квалитетно и по стандардима струке, али да за просторије Болнице у Ул. Османа Ђикића бр. 3, где је интервенција изведена, није издата сагласност – дозвола за почетак рада од стране надлежног Министарства. Етички одбор ЛКС, као покретач поступка, нема замерке на стручни рад „Комненуса“, већ је поступак покренут против суоснивача Болнице, др Пајевића и др Георгијева због непоштовања правне процедуре и мањкаве документације правног лица. Етички одбор сматра да лекари који раде приватно или код приватника, треба прво да испоштују правну регулативу, па после да почињу са стручним радом.

Др Лазар Пајевић и др Игор Георгијев у току главног претреса изnose заједничку одбрану. Наводе да Специјална болница за пластичну и реконструктивну хирургију „Комненус“ постоји још од 18.05.2006. год. Обављање делатности се одвијало у просторијама седишта у Београду у Ул. Краљице Наталије бр. 19. све до септембра 2011. год., када је због изненадног отказа уговора од стране закуподавца, донета је одлука за пресељење. Нови простор у Ул. Османа Ђикића бр. 3. је оспособљен и потпуно опремљен до децембра 2011. год. Дана 05.01.2012. год. је Министарству здравља – Здравственој инспекцији поднет захтев за утврђивање услова за почетак рада због промене седишта. Што се тиче интервенције изведене дана 02.01.2012. год. од стране др Александра Симића над пацијенткињом Ана Јанковић, тврде да је др Симић знао да је здравствена установа тек пресељена. Они су дозволили обављање интервенције на изричито инсистирање и молбу колеге др Симића и на захтев и молбу оца пацијенткиње да се баш за време празника то уради. Наглашавају да је у то време здравствена установа била у потпуности опремљена по најмодернијим стандардима и да је интервенција изведена од стране тима др Симића, а они су им само уступили просторије.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка Суд је у доказном поступку извршио увид у документацију достављену од стране странака у поступку, па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све у њиховој међусобној повезаности, судско Веће одлучило као у изреци ове одлуке.

Увидом у расположиву документацију Суд је утврдио да је дана 02.01.2012. год. у просторијама „Комненус“ а У ул. Османа Ђикића бр. 3, започета хируршка интервенција над пацијенткињом Аном Јанковић, која је због компликација у току интервенције прекинута, да је захтев „Комненуса“ Здравственој инспекцији за утврђивање услова за почетак рада на новој адреси у Ул. Османа Ђикића бр. 3. поднет 05.01.2012. год. и да нема доказа да је „Комненус“ после 02.01.2012. год. обављао здравствену делатност у поменутом простору. Ове чињенице не споре ни странке у поступку.

На основу горе изнетог Суд сматра да је утврђено да су др Лазар Пајевић и др Игор Георгијев дана 02.01.2012. год. извршили повреду професионалне дужности и угледа члана Коморе на у изреци описан начин, јер су тог дана дозволили обављање здравствене делатности у простору, који није одобрен од стране надлежне инспекције.

Суд сматра да изречена мера адекватна учињеном делу. Као олакшавајућа околност узета је у обзир чињеница да се учињено дело не односи на стручни рад лекара, већ само на непоштовање прописане процедуре коришћења нове просторије Болнице. Отежавајуће околности нису нађене.

77 <

Одлука о трошковима поступка није донета, јер странке нису тражиле надокнаду трошкова.

На основу горе изнетог одлучено је како у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. 111. Статута против ове одлуке може се поднети жалба Врховном суду части Лекарске коморе Србије у року од 15 дана од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Мр сц. мед. Ивица Милосављевић

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу проф. др Томислав Мареновић, као председник Већа, проф. др Мирослава Јашовић Гашић и мр сц. мед. Ивица Милосављевић, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности спец. др мед. Небојше Зечевића и мр сц. мед. Славена Радуловића из Новог Београда, због повреде угледа члана Коморе из чл. 195. ст. 1. т. 4. Статута Лекарске коморе Србије, по захтеву за покретање поступка – решења истражног судије мр сц. мед. Радослава Радосављевића, прим. бр. Ди 19-238/2011 од 15.05.2012. год., а по службеној дужности поднетом предлогу Етичког одбора ЛКС, након одржаног главног претреса дана 17.09.2013. год., на нејавној седници дана 17.09.2013. год. донело је следећу

О Д Л У К У

Чланови Коморе

1. спец. др мед. Небојша Зечевић из Новог Београда, лекар специјалиста гинекологије и акушерства, са лиценцом број 107230 и
2. мр сц. мед. Славен Радуловић из Новог Београда, лекар специјалиста опште хирургије, са лиценцом број 101788

на основу чл. 238. ст. 1. тач. 1. Статута лекарске коморе Србије

ОСЛОБАЂАЈУ СЕ ОДГОВОРНОСТИ

да су дана 13.10.2010. год. у просторијама Клиничко-болничког центра „Београдски“ у Новом Београду својим понашањем, вређањем, претњом Драгану Павловићу и физичким нападом на Биљану Павловић повредили углед лекарске професије, чиме би учинили повреду угледа члана Коморе из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 4. Статута Лекарске коморе Србије.

Одлука о трошковима није донета.

О б р а з л о ж е њ е

Лекарима, члановима Коморе спец. др мед. Небојши Зечевићу и мр сц. мед. Славену Радуловићу захтевом истражног судије за покретање дисциплинског поступка, а по службеној дужности поднетом предлогу Етичког одбора ЛКС, ставља се на терет да су учинили повреду угледа члана Коморе из чл. 195. ст. 1. т. 4. Статута Лекарске коморе Србије.

Представник Етичког одбора ЛКС, у својству подносиоца предлога на главној расправи је истакао да је предлог поднет по службеној дужности искључиво на основу представке оштећене Биљане Павловић, на основу чега је закључено да се инцидент између лекара и руководства Београдског КБЦ-а десило пред пацијентима, што је окарактерисано као повреда угледа члана Коморе.

Спец. др мед. Небојша Зечевић и мр сц. мед. Славен Радуловић нису присуствовали главној расправи, али су у току истражног поступка у писаном облику изнели своју заједничку одбрану, којом негирају све оптужбе које им се ставља на терет. Детаљно описују процес оснивања КБЦ Београдски и имовинске и друге односе између њих двојице и брачног пара Павловић, оштећених у овом предмету. Тврде да су у току октобра 2010. год. имали озбиљне финансијске проблеме везане за рад те установе, а Биљана и Драган Павловић су одбијали сваки контакт са њима. Сврха одласка у КБЦ Београдски дана 13.10.2010. год. је била да разговором покушају решити нагомилане финансијске проблеме. Тврде да никада и ничим нису узнемиравали било кога у Болници, већ десило се обрнуто, критичног дана су они били вређани и од стране обезбеђења брутално избачени употребом физичке силе.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка и наводе одбране спец. др мед. Небојше Зечевића и мр сц. мед. Славена Радуловића, судско Веће је извело доказ саслушањем оштећене Биљане Павловић, у својству сведока, и читањем писане изјаве сведока Зорице Булатовић Сакић, па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све доказе у њиховој међусобној повезаности, одлучило као у изреци ове одлуке.

На основу исказа оштећене Биљане Павловић, Веће је закључило да је дуже време пре критичног догађаја између брачног пара Павловић и др Зечевића и др Радуловића постојао нерашчишћени имовинско - правни однос, да се сукоб, који је избио дана 13.10.2010. год. одиграо у кабинету руководства Болнице, у присуству обезбеђења и секретарице, а пацијенти исту нису могли чути, да је др Зечевић био у цивилу и да др Радуловић није био присутан.

Сведочење Зорице Булатовић Сакић, секретарице Болнице у битним детаљима је сагласно са сведочењем Биљане Павловић, сем у вези учешћа др Радуловића у догађајима. Овај сведок тврди да је др Радуловић седео испред кабинета, претио али није улазио у кабинет и није имао контакта са брачним паром Павловић.

Суд је прихватио одбрану спец. др мед. Небојше Зечевића и мр сц. мед. Славена Радуловића у делу који се односи на природу сукоба и на циљ доласка у Болницу, јер је у складу са утврђеним чињеницама на основу других независних доказа.

На основу горе изнетог закључује се да је у току главног претреса доказано да се дана 13.10.2010. год. у просторијама Клиничко-болничког центра „Београдски“ у Новом Београду десило сукоб (вербални, па можда и физички контакт) између Биљане и Драгана Павловића, обезбеђења и секретарице Болнице, са једне стране и др Небојше Зечевића и др Славена Радуловића, са друге стране и да је имао нерашчишћену међуљудску и имовинско – правну основу. Неспорна је чињеница, да су др Радуловић и др Зечевић у расправи и сукобу учествовали као физичка лица, обични грађани, без својства медицинског особља. Чињеница је да се догађај одиграо у Болници, али у просторијама ван видокруга болесника, а др Зечевић и др Радуловић нису присуствовали као лекари, чланови Лекарске коморе, већ као цивили, па њихово понашање не може се окарактерисати као повреда угледа члана Коморе. У конкретном случају, дакле, чињење др Зечевића и др Радуловића не представља повреду угледа члана Коморе за које се води дисциплински поступак.

Одлука о трошковима није донета, јер странке на главној расправи нису изнели захтев за надокнаду трошкова.

На основу горе изнетог одлучено је како у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. 241. Статута против ове одлуке може се поднети жалба Врховном суду части Лекарске коморе Србије у року од 15 дана од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Проф. др Томислав Мареновић

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу проф. др Мирослава Јашовић Гашић, као председник Већа, проф. др Томислав Мареновић и мр сц. мед. Ивица Милосављевић, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности

др Вере Мусић из Новог Београда, због повреде професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 98. ст. 1. и чл. 99. Закона о здравственој заштити, по захтеву за покретање поступка – решења истражног судије спец. др мед. Јелице Поповић, прим. бр. Ди 10-220/2013 од 24.05.2013. год., а по предлогу Снежане Васић из Борче, након одржаног главног претреса дана 17.09.2013. год., на нејавној седници дана 17.09.2013. год. донело је следећу

О Д Л У К У

Члан Лекарске коморе др Вера Мусић, лекар Здравствене станице „Борча I“ Дома Здравља „Др Милутин Ивковић“ Палилула, са лиценцом број 102870,

на основу чл. 238. ст. 1. тач. 1. Статута лекарске коморе Србије

ОСЛОБАЂА СЕ ОДГОВОРНОСТИ

да дана 02.04.2013. год. без објашњења и оправданог разлога није примила на преглед пацијенткињу Снежану Васић, чији је изабрани лекар,

чиме би учинила повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије, у вези чл. 98. ст. 1. и чл. 99. Закона о здравственој заштити.

Одлука о трошковима није донета.

Образложење

Лекару, члану Коморе др Вери Мусић захтевом истражног судије за покретање дисциплинског поступка, а по предлогу пацијенткиње Снежане Васић, ставља се на терет да је учинила повреду професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 98. ст. 1. и чл. 99. Закона о здравственој заштити.

Оштећена, Снежана Васић, пацијенткиња из Борче, подносилац предлога за покретање поступка жали се на рад свог изабраног лекара др Вере Мусић. Наводи да је добила богиње од свог малолетног детета, па се одмах јавила свом изабраном лекару, др Вери Мусић због отварања боловања. Претходно се телефоном информисала о томе, када именована ради, дошла је на почетак смене и предала своју књижицу сестри, која је обавестила докторку о њеном доласку. Убрзо је сестра изашла из ординације др Мусић, рекла да је докторка неће примити, јер ни она није прележала богиње, а има и мало унуче код куће и однела је њену књижицу другом присутном лекару. Сматра да је понашање изабраног лекара непрофесионално и недопустиво.

Др Вера Мусић у својој одбрани негира да је извршила било какав професионални или етички пропуст у погледу пацијенткиње Снежане Васић. Не спори да критичног дана није прегледала пацијенткињу Снежану Васић, али тврди да када је именована стигла, већ је имала заказане пацијенте у ординацији, и то старији брачни пар и њихову ћерку, па је зато именовану упутила код своје колегинице, др Јелене Којић, која је исту збринула. Ово је урадила ради ефикасности и искључиво у интересу пацијенткиње, да она не би чекала. Тврди да није рекла тимској сестри да неће примити пацијенткињу због тога што није прележала богиње. Када је уписала специјализацију из опште медицине, знала је шта то значи и никада не би одбила да прегледа пацијента коме је потребна.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка и наводе одбране др Мусића Суд је извршио увид у расположиву документацију и извео доказ читањем писаних изјава сведока Наташе Јанков, Оливере Радуловић и Винке Ловре, па је ценећи изведенне доказе, како сваки посебно, тако и све доказе у њиховој међусобној повезаности, судско Веће одлучило као у изреци ове одлуке.

Увидом у документацију Дома здравља „Др Милутин Ивковић“ Палилула Суд је утврдио да је случај разматрао и Етички одбор ДЗ и Комисија за унутрашњи стручни надзор, који су установили да у конкретном случају „нису повређена начела етичких норми медицинске струке, јер је пацијенткиња одмах примљена и пружена јој је адекватна услуга из здравственог осигурања“.

Увидом у електронски протокол ЗЦ у Борчи за 02.04.2013. год. утврђено је да је др Мусић првог пацијента примила у 13,35 (и пацијенти, њих троје са презименом Радојевић су се задржали код ње до 13,50), а др Јелена Којић је као првог пацијентата примила у 13,42 Снежану Васић, која се задржала код ње до 13,45 односно 3 минута.

На основу писаних сведочења медицинских сестара Наташе Јанков, Оливере Радуловић и Винке Ловре Суд је утврдио да је пацијенткиња Снежана Васић од медицинског особља Дома здравља добила потребне информације и коректну и ефикасну медицинску услугу. Утврђено је даље, да нико од њих не помиње информацију о томе зашто је пацијенткиња преуслерена на преглед код др Којић.

Суд је прихватио одбрану др Вере Мусић у целости, јер је логична, доследна и у складу је са утврђеним чињеницама на основу других независних доказа.

На основу горе изнетог закључује се да је доказано да др Мусић дана 02.04.2013. год. није примила на преглед пацијенткињу Снежану Васић, чији је изабрани лекар, већ је именовану преуслерила на др Којић, што и сама признаје. Неспорна је и чињеница да је пацијенткиња конкретном приликом дошла само да отвори боловање и узме потврду, а не ради прегледа, што је и сама изјавила у току расправе.

Суд сматра да преглед код лекара је интимни чин и захтева узјамно поверење пацијента и изабраног лекара, па да би пацијента прегледао неки други лекар, а не изабрани, потребан је његов бар прећутна сагласност. У конкретном случају међутим, радило се само о отварању боловања, што је више административни посао, а успешно је могао да обави и други, неизабрани лекар. Треба истаћи и то, да пацијенткиња није негодвала када је упућена код др Којић већ је пристала на медицинску услугу коју је конкретном приликом она пружила.

Нема доказа да је пацијенткињи саопштено због чега је упућена код другог, а не код изабраног лекара, али ни за то да је преуслерено извршено због неоправданог разлога, односно због тога, што се изабрана докторка плашила заразе.

Неоспорно је утврђено дакле да др Мусић није примила на преглед пацијенткињу Снежану Васић, чији је изабрани лекар, али то у конкретном случају не представља повреду професионалне дужности или угледа члана Коморе, јер је пацијенткиња адекватно и ефикасно збринута, а нема доказа да је то учињено због неоправданог или неетичког разлога.

Одлука о трошковима није донета, јер странке на главној расправи нису изнели захтев за надокнаду трошкова.

На основу горе изнетог одлучено је као у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. 241. Статута против ове одлуке може се поднети жалба Врховном суду части Лекарске коморе Србије у року од 15 дана од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Проф. др Мирослава Јашовић Гашић

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу проф. др Анка Станојевић Паовић, као председник Већа, проф. др Томислав Мареновић и мр сц. мед. Ивица Миросављевић, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности др мед. Гордане Митић, лекара Дома здравља „Врачар“ из Београда, због повреде професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 99. Закона о здравственој заштити, по захтеву за покретање поступка – решења истражног судије проф. др Мирославе Јашовић Гашић бр. Ди 39-268/2012 од 12.06.2013. год., а по предлогу Миленка Кузмановића из Београда,

79 <

након одржаног главног претреса дана 09.10.2013. год., на нејавној седници дана 09.10.2013. год. донело је

О Д Л У К У

Члан Лекарске коморе др мед. Гордана Митић лекар у Дому здравља „Врачар“ у Београду, са бројем лиценце 105304, на основу чл. 234. - 237. и 239. Статута Лекарске коморе Србије

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНОМ

јер је у новембру 2012. год. у својству изабраног лекара одбила да пацијенту Миленку Кузмановић попуни и изда образац бр. 1, који му је био потребан ради процене радне способности као особи са инвалидитетом при Националној служби за запошљавање, чиме је учинила повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 99. Закона о здравственој заштити и на основу чл. 240. става 1. тачка 1. ст. 2. и ст. 7. Статута Лекарске Коморе Србије изриче јој се

ДИСЦИПЛИНСКА МЕРА ЈАВНЕ ОПОМЕНЕ

Одлука о трошковима није донета.

Образложење

Лекару, члану Коморе др мед. Гордани Митић захтевом за покретање дисциплинског поступка, а по предлогу Миленка Кузмановића из Београда, ставља се на терет да је учинила повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 1. Статута Лекарске коморе Србије у вези чл. 99. Закона о здравственој заштити.

Оштећени пацијент Миленко Кузмановић у току главног претреса износи да је предлог за покретање поступка пред Судом части поднео против свог изабраног лекара др Гордана Митић у ДЗ Врачар. Наводи да је дана 27.11.2012. год. био је код докторке са молбом да му, као особи са инвалидитетом, попуни образац бр. 1. и да му да упут за психолога, чији налаз му је био потребан ради остваривања одређених права при Националној служби за запошљавање. Од докторке је сазнао да образац бр. 1. у Дому здравља немају, нити попуњавају, а уместо психолога, дала му је упут код неуропсихијатра. После непотребне посете неуропсихијатру, дана 28.11.2012. год. поново се вратио свом изабраном лекару, који тек тада дала неопходни упут, а образац бр. 1. ни онда није хтела да попуни. Додаје, да је после пар дана исти образац добио у истој установи, након промене изабраног лекара.

Др мед. Гордана Митић у својој одбрани у току главног претреса износи да Миленко Кузмановић јесте њен пацијент, али је исти од 2004. год. само два пута био код ње, и то у новембру 2006. год. и у току 2009. год., оба пута због спортских повреда. Пацијента дакле, ни не познаје и до конкретног проблема, у новембру 2012. год. није ни знала да је исти особа са инвалидитетом. Тврди да на основу расположиве медицинске документације није ни могла да оцени његово здравствено стање, па зато није издала тражено уверење. Што се тиче упута психологу, тврди, да је дала упут за специјалисту неуропсихијатрије из разлога, што је по правилу исти требало да пацијента упуту даље код психолога у оквиру своје специјалистичке службе. Када се пацијент вратио код ње сутрадан, она је претходни упут преправила за психолога, јер није хтела да компликује случај. Сматра да је дошло до неспоразума са пацијентом и жао јој је због тога, али тврди да је пацијенту љубазно и са стрпљењем

објаснила зашто није у могућности да изда тражени образац и дала је и упутство о томе где може то да добије.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка Суд је у доказном поступку извршио увид у медицинску документацију – здравствени картон за школску децу и омладину без броја и здравствени картон бр. 7822 (или 572), оба на име Кузмановић Миленка и у немедицинску документацију Дома здравља, па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све у њиховој међусобној повезаности, судско Веће одлучило као у изреци ове одлуке.

Увидом у медицинску документацију Суд је утврдио да у пацијентовом школском картону нема евидентиран налаз о његовом инвалидитету. Ни у његовом сада важећем здравственом картону не постоји ниједан запис у вези инвалидитета, нити у вези било какве болести ока.

Увидом у допис Дома здравља „Врачар“ Веће је утврдило да је поводом конкретног случаја вршена унутрашња контрола квалитета рада др Гордана Митић од стране Комисије за унапређење квалитета рада ДЗ „Врачар“, а извршен је и надзор од стране инспектора Министарства здравља. На основу исхода ових спроведених поступака Веће је закључило да „попуњавање обрасца 1. спада у делокруг рада изабраног лекара“ и да је др Гордани Митић изречена „опомена за будуће поступање у обављању обавеза изабраног лекара“.

Суд је прихватио одбрану др Гордана Митић да није имала довољно основа у картону за издавање захтеваног обрасца бр. 1. приликом прве посете пацијента дана 27.11.2012. год., а и тврди да није могла да да упут психологу без упута неуропсихијатру, али није прихватио део одбране која се односи на то да није могла, односно да није требала уопште да изда тај образац.

У току поступка је доказано да је пацијент Миленко Кузмановић особа са инвалидитетом и да му је једно око уклоњено због малигног тумора (Retinoblastoma) и да је његов изабрани лекар др Гордана Митић, а пошто образац бр. 1. издаје изабрани лекар особама са инвалидитетом, закључује се да је др Гордана Митић била у обавези да поменути образац изда. Чињеница је да није имала довољно података за попуњавање обрасца у првом моменту када је пацијент то захтевао, али ништа није ни предузела да стекне увид у његово здравствено стање, није узела анамнезу, није написала упуте за прегледе, које су по њеном мишљењу биле потребне за издавање обрасца, односно, није учинила никакав напор у правцу издавања истог. С обзиром да је пацијент имао малигни тумор, требала је као изабрани лекар да га прати бар од тренутка када је сазнала за то.

На основу горе изнетог, Суд сматра да је утврђено да је др Гордана Митић учинила повреду професионалне дужности на у изреци описан начин. То, што је њен претпостављени (шеф Амбуланта опште медицине у Ул. Кнегиње Зорке бр. 15.) погрешно информисао о томе да изабрани лекари „у делокругу обављања редовних послова и задатака нису дужни и обавезни попуњавати и издавати пацијентима образац бр. 1.“ не ослобађа је од одговорности, али исто узето у обзир као олакшавајућа околност приликом изрицања мере јавне опомене.

Суд сматра да изречена мера адекватна учињеном делу.

Одлука о трошковима није донета.

Поука о правном леку

На основу чл. 111. Статута против ове одлуке може се поднети жалба Врховном суду части Лекарске коморе Србије у року од 15 дана од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Проф. др Анка Станојевић Паовић

.....

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Београда у саставу спец. др мед. Јелица Поповић, прим, као председник Већа, проф. др Томислав Мареновић и мр сц. мед. Ивица Милосављевић, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности спец. др мед. Ђурђице Ђећез и спец. др мед. Тање Лазивић Митровић, лекара спец. педијатрије у ГАК „Народни фронт“ у Београду, због повреде професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије, по захтеву за покретање поступка – решења председника

Врховног суда части ЛКС бр. 2153 од 12.08.2013. год., а по предлогу Јелене Јојић, након одржаног главног претреса дана 09.10.2013. год., на нејавној седници дана 09.10.2013. год. донело је следећу

О Д Л У К У

Чланови Коморе

1. спец. др мед. Ђурђица Ђећез из Новог Београда, лекар специјалиста педијатрије у ГАК „Народни фронт“ у Београду, са лиценцом број 100286 и

2. спец. др мед. Тања Лазић Митровић из Београда, лекар специјалиста педијатрије у ГАК „Народни фронт“ у Београду, са лиценцом број 103358

на основу чл. 238. ст. 1. тач. 1. Статута лекарске коморе Србије

ОСЛОБАЂАЈУ СЕ ОДГОВОРНОСТИ

да су приликом третмана новорођенчета породиље Јелене Јојић бр. 5605 (бр. дечијег протокола 5758) одмах након порођаја, у периоду од 02.11.2012. до 08.11.2012. године, поставиле погрешну дијагнозу и примениле погрешну терапију новорођенчета (Phenobarbiton luminalete), а тако постављену дијагнозу и примењену терапију нису уписале у медицинску документацију, односно отпусну листу новорођенчета,

чиме би учиниле повреду професионалне дужности из одредаба чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије, Одлука о трошковима није донета.

Образложење

Лекарима, члановима Коморе спец. др мед. Ђурђици Ђећез и спец. др мед. Тањи Лазић Митровић захтевом за покретање дисциплинског поступка - решењем председника Врховног суда части ЛКС, а по поднетом предлогу Јелене Јојић, ставља се на терет да су учиниле повреду професионалне дужности из чл. 195. ст. 1. т. 3. Статута Лекарске коморе Србије.

Јелена Јојић у својству подносиоца предлога на главној расправи је изнела да је дана 03.11.2013. год., дан после порођаја, услед погрешне лекарске процене од стране др Ђећез била проглашена хистеричном и депресивном особом и оцењена као лице које је користило психоактивне супстанце, што је довело до тога да је њено новорођенче непотребно подвргла нези у инкубатору, а касније др Лазић Митровић поставила погрешну дијагнозу неонаталног апстиненцијалног синдрома уз давање лека фенобарбитон. Новорођенче је на тај вид терапије упућено само на основу личне претпоставке докторке, а да није сачекала резултате тражених анализа. Тврди да је о стању детета и предузетим мерама лечења добила нејасне и противуречне информације. Изражава сумњу да дете током боравка ван њене болесничке собе није редовно храњено. Сматра да дете није било болесно и његово здравствено стање није захтевало никакву терапију. Додаје даље, да је пуштена кући са документацијом, отпусном листом у којој се не види којим третманима и лековима је дете било подвргнуто.

Спец. др мед. Ђурђица Ђећез у својој одбрани износи да је у суботу 03.11.2012. год. по распореду дежурала на Одељењу неонатологије ГАК „Народни фронт“, када ју је у 21,00 час сестра позвала да прегледа новорођенче, чија мајка јако узнемирена и плаче, јер јој се чинило да је беба претходно два пута поплавила. Пошто је дете већ код првог прегледа у болесничкој соби било изразито узнемирено, треморозно, врискавог плача до зацењивања, убрзане респирације које није било могуће тачно измерити, одбијало оброк, имало температуру (37,3), одлучила је да га смести у Одељење полуинтензивне неге ради даљег праћења. У току ноћи клиничком сликом код бебе је доминирала неуролошка симптоматологија. Урађене су лабораторијске анализе, које су биле у границама нормале,

али гасне анализе су биле незадовољавајуће, па је дете ради оксигенотерапије ставила у инкубатор. Иако је комплетна крвна слика била у референтним вредностима, а параметри на инфекцију негативни, због субфебрилности, тахипнеје и потребе за оксигенотерапијом, разматрала је могућу инфекцију, узета је хемокултура и дата антибиотска терапија по протоколу. Посматрајући новорођенче у инкубатору констатовала је променљивост броја респирације, изразиту узнемиреност која се одржавала, тремор који је постао још изразитији, хипертонус, врискав плач и спонтан Мороов рефлекс без икакве спољне стимулације. У даљој опсервацији новорођенчета током ноћи, уз одржавање и доминирање неуролошких симптома до јутра, што су евидентирале и дежурне сестре, посумњала је на апстиненцијални синдром. Током примопредаје визите у недељу ујутру колегиници др Лазић Митровић је реферисала о случају, а била је присутна још и др Вуковић. Видевши дете у изолети, колегинице су се сложили да је неопходно даље праћење детета у смислу апстиненцијалног синдрома. Др Митровић је рекла дежурној сестри да отвори листу за праћење Финегановог скор. Сутрадан је сазнала да је др Митровић због даљег одржавања измењеног неуролошког стања, као и према вредностима Финегановог скор, новорођенчету ординирала Фенобарбитон. Током јутарње визите је констатовано да је клиничко стање новорођенчета у побољшању иако је начелница Одељења др Аврамовић констатовала да дете уз терапију и даље има спонтани Мороов рефлекс и тремор горњих и доњих екстремитета. Новорођенче је тог јутра преузела педијатар др Сеноградски, која је чак и написала своје име на историји болести детета, па је себе тако означила као ординирајућег лекара. Наглашава да она није учествовала у даљем лечењу, нити у писању отпусне листе за новорођенче. Тврди да је новорођенче сместила у инкубатор због потребе за кисеоничком терапијом и на основу испољених симптома, а не на основу личне процене мајке. Наглашава да је бебу прегледала три пута за два сата, опсервирала је током ноћи и тек након опсервације проширила диференцијалну дијагнозу на могући апстиненцијални синдром. Закључује да су, како се из медицинске документације јасно види, др Лазић Митровић и она помогле детету, јер је на нефармаколошку и фармаколошку терапију неонаталног апстиненцијалног синдрома дошло по побољшања и повлачења симптома. Наглашава да су њени поступци помогли новорођенчету и да ни један њен поступак није нанео штету његовом здрављу.

Спец. др мед. Тања Лазић Митровић у својој одбрани наводи да је дана 04.11.2012. год. преузела дежурство на Одељењу неонатологије од др Ђећез. У полуинтензивној нези у изолети, на антибиотској и оксигено терапији затекла је бебу Јелене Јојић. Објективно у току задатичке визите новорођенче је афебрилно, нормотензивно, уредног налаза по системима, али је доминирала неуролошка измењеност – иритабилност, дуготрајан врискав плач, раздражљивост, континуиран тремор, лако повишен тонус, уз уредну фонтанелу видљив и спонтан Моро, рефлекс су имали промћан одговор, а видљива је огреботина на грудном кошу. Увидом у историју новорођенчета није било оптерећења у правцу перинаталне асфикције као могућем узроку неуролошке измењености у оквиру диференцијалне дијагнозе. Увидом у лабораторијске резултате није било одступања параметара за инфекцију, нити одступања у ККС у правцу полицитемије. Параметри за метаболички дисбаланс били су негативни, а губитак у телесној маси минималан. Све узевши у обзир, а према испољеној клиничкој слици, а како није било побољшања на претходно примењену терапију (двојна антибиотска терапија) проширила је дијагностику у правцу неонаталног апстиненцијалног синдрома (НАС). Уведен је потпуно неинвазиван мониторинг, листа праћења за Финеганов скор. Увела је поново ентрални унос, настављена је интравенска терапија кристалоида, а оксигено терапију је смањила. Након периода праћења од 8 сати, на основу испољене клиничке слике која се одржавала и поред нефармаколошке терапије НАС-а, као и на основу скоровања клиничких знакова према Финегановој скали и вредности три скор 8 и више, уведена је терапија Фенобарбитоном пер оралним путем, према препорученим дозама за НАС. Након ординирања две дозе лека у размаку од 8 сати, клиничка слика неуролошке измењености се побољшала, нису се испољиле конвулзије, али ујутру у току задатичке визите, дете је још имало видљив тремор и спонтан Моро. Наглашава да по правилу терапија НАС-а се уводи пре добијања токсиколошких анализа и то на основу сигнификантних клиничких знакова, као што је то случај и код других патолошких стања. Тврди да је потпуно одговорно и свеобухватно приступила лечењу новоро-

81 <

ђенчета, одрадила све прописане поступке и процедуре по важећим протоколима и принципима модерне неонатолошке праксе за испољену симптоматологију и суспектан НАС, ординирала препоручени лек и била је изузетно срећна када је детету на ординирани терапију било боље. Након напуштања дежурства вођење новорођенчета је преузела др Мимоза Сенохладски, па нити је писала, нити потписала отпусну листу за дете, нити је планирала отпуст.

Проверавајући основаност захтева за покретање поступка и наводе одбране спец. др мед. Ђурђице Ђећез и спец. др мед. Тање Лазић Митровић, судско Веће је извело доказ увидом у медицинску документацију – комплетну историју порођаја Јелене Јојић и историју њеног новорођенчета, увидом у сестрински дневник за бебу бр. 5605 (новорођенче Јелене Јојић), увидом у резултате унутрашње провере квалитета стручног рада особља ГАК „Народни фронт“ у конкретном случају и саслушањем оштећене Јелене Јојић, па је ценећи изведене доказе, како сваки посебно, тако и све доказе у њиховој међусобној повезаности, одлучило као у изреци ове одлуке.

Суд је прихватио одбрану спец. др мед. Ђурђице Ђећез и спец. др мед. Тање Лазић Митровић у целисти, јер је у складу са утврђеним чињеницама на основу других независних доказа.

Суд је из расположиве медицинске документације установио да је историја порођаја Јелене Јојић као и лист за новорођенче уредно попуњени, да постоји историја новорођенчета чији декурзуси су уредно вођени почев од 03.11.2012. год у 21,30 часова, као и свакодневни детаљни записи у сестринским дневницима о новорођенчету (сваки дан и сваке ноћи од 2/3.11.2012. год. до 7/8.11.2012. год.). У оквиру медицинске документације постоје попуњене табеле 33. из Водича за основно и специјализовано збрињавање новорођенчета – Процена клиничких испољавања НАС почев од 04.11.2012. год. у 9,00 часова, па редом у 11,00 ч., 14,00 ч., 17,00 ч., 20,00 ч., 22,00 ч. и 05.11.2012. год. у 00,00 ч., 02,00 ч. и 8,00 часова. У поменутој медицинској документацији детаљно су описани здравствено стање, испољавани симптоми, као и предузете мере и дата терапија новорођенчету.

Суд уважава налаз унутрашње провере квалитета стручног рада којим је констатовано да „спроведене су процедуре и протоколи у лечењу новорођенчета Јојић Јелене на основу Водича за основно и специјализовано збрињавање новорођенчета“.

На основу исказа оштећене Јелене Јојић Суд је утврдио да је због дететовог измењеног понашања вече након порођаја она алармирала дежурног педијатра и тражила преглед детета. Исто је утврђено, да је отпуст детета из породилишта уследило дана 08.11.2012. год. на њено инсистирање, а због њеног незадовољства са третманом у породилишту и због тога што је била убеђена да су дете непотребно и без разлога лечили. Потврђује даље, да је у тренутку отпуста била свесна тога да у отпусној листи неће бити уписана постављена дијагноза за бебу и дата терапија, са чим се прећутно и сагласила и да је била присутна када је отпусну листу за бебу написала др Мимоза Сенохладски.

Суд сматра да је у току главног претреса доказано да је дана 03.11.2012. год. око 21,00 час новорођенче Јелене Јојић прегледано од стране др Ђурђице Ђећез у болесничкој соби на позив мајке. При прегледу новорођенче је било изразито узнемирено, треморозно, врискавог плача до зацењивања, тако да није могло да се измери тачан број респирације, имало је температуру од 37,3, кожа му је било тамно црвене - бордо боје и није прихватило храњење. Дете је повучено у бокс Одељења неонатологије на трећем спрату, где је поново прегледано у 21,30 часова, отворена је историја болести, одпочета је опсервација и урађена су неопходне лабораторијске анализе. Клиничком сликом доминирала је неуролошка симптоматологија. По добијању резултата (лабораторијске анализе су биле у границама нормале, сем гасних анализа) беба је у 21,50 часова пребачена на Одељење полиинтензивне неге (ОПИН), где дете није прихватило нити храњење, нити појење. Дете је смештено у инкубатор уз оксигено терапију. Због субфебрилности, тахипнеје и потребе за оксигено терапијом разматрана је могућа инфекција и дата је двојна антибиотска терапија. Започето је праћење виталних параметара. У 23,10 часова је обављен трећи преглед, када је установљено да је неуролошки налаз без промене у односу на претходне, уз променљивост броја респирације, изразито узнемиреност, још изразитији тремор, хипертонус, врискав плач, спонтан Морев рефлекс. Сутрадан ујутру око 8,00 часова дежурство је преузела др Тања Лазић Митровић. На заједничкој посети присутни лекари су се сложили да код новорођенчета доминира неуролошка измењеност и сумња на неонатални апстинционални синдром (НАС). Од 8,30 часова уведен је неинвазивни мониторинг (листа праћења за

Финеганов скор). Сачуван је урин због евентуалне анализе. Након осам сати праћења у току које је Финеганов скор био већи од 8, уведен је у терапију Phenobarbiton (luminalete) пер оралним путем. Прописана дневна доза 8 mg/kg подељено у три појединачне дозе на 8 сати. Др Лазић Митровић је у току дежурства ординирала две појединачне дозе овог лека. Дана 05.11.2012. год. на јутарњој посети у присуству свих лекара Одељења констатовано је да је клиничка слика у побољшању али дете и поред терапије има још увек видљив тремор и спонтан Морев рефлекс). Даље, новорођенче је ставила у инкубатор због незадовољавајућих гасних анализа и променљивости у дисању (до тахипнеје 86 – мин.). У току дежурства је пажљиво пратила здравствено стање бебе, није доносила никакве исхитрене закључке, које би за последице имале погрешне дијагностичке мере и терапије. Све мере које је предузела биле су у циљу помоћи новорођенчету, а захтевала их је измена клиничког стања новорођенчета и обавезивали званично важећи протоколи.

Веће је закључило да је др Ђурђица Ђећез исправно дете повукла из болесничке собе у бокс на основу испољених симптома (узнемиреност, врискавог плача до зацењивања, одбијање подоја и дохрањивања, тремор, појачаног тонус, субфебрилност, спонтан Морев рефлекс). Даље, новорођенче је ставила у инкубатор због незадовољавајућих гасних анализа и променљивости у дисању (до тахипнеје 86 – мин.). У току дежурства је пажљиво пратила здравствено стање бебе, није доносила никакве исхитрене закључке, које би за последице имале погрешне дијагностичке мере и терапије. Све мере које је предузела биле су у циљу помоћи новорођенчету, а захтевала их је измена клиничког стања новорођенчета и обавезивали званично важећи протоколи.

Веће је закључило да је спец. др мед. Тање Лазић Митровић пажљиво пратила здравствено стање новорођенчета у инкубатору и након свеобухватне анализе, постепеним елиминисањем могућих узрока неуролошке измењености дошла до сумње у НАС. У оквиру диференцијалне дијагнозе прво је на основу историје новорођенчета искључила перинаталну асфикцију, на основу лабораторијских анализа могућу полицитемију. Пошто су параметри за метаболички дисбаланс били негативни, а губитак телесне масе минималан, столице уредне, узевши у обзир и претходно субфебрилно стање и тахипнеју (као једне од вегетативних и респираторних поремећаја), одбијање оброка (као гастроинтестинни знак), тек онда је проширила дијагностику у правцу НАС-а. Увела је потпуно неинвазиван мониторинг. Након праћења новорођенчета од осам сати, на основу клиничких знакова за Финеганов скор већи од 8, који се одржавао, увела је фармаколошку терапију Phenobarbiton (luminalete). Терапија је дакле започета на основу клиничке слике, а квалификована је и према Финегановом скору. Ординирао је препоручени основни лек, а укупна дневна доза лека била је пет пута мања од појединачне дозвољене дозе код новорођенчета (за друге болести), а у оквиру препоручених доза у терапији НАС-а. У прилогу томе да је ординирана терапија и прописана доза била адекватна, говори то да је након примењиване терапије код новорођенчета је дошло до успостављања нормалног ритма храњења и сна и губитак симптома за НАС.

На основу горе изнетог Веће је закључило да је новорођенче Јелене Јојић правилно лечено у складу са важећим доктринарним ставовима и протоколима. До сумње у НАС и до постављања такве дијагнозе је дошло постепеним елиминисањем могућих узрока неуролошке измењености код детета. Примењена је ниска доза Phenobarbiton-a (једне од основних лекова у неонатологији), а у оквирима препоручене дозе у терапији НАС. То, да је токсиколошка анализа урина новорођенчета била негативна, не значи да је постављена дијагноза била погрешна. Клиничка слика може да постоји, а сама анализа урина може да буде негативна, јер тест урина даје само четрдесетосмочасовни приказ изложености супстанци пре порођаја.

У току расправе утврђено је да спец. др мед. Ђурђица Ђећез и спец. др мед. Тања Лазић Митровић нису писале, нити су биле у обавези да пишу отпусну листу за новорођенче.

Суд неоспорно утврдио да у чињењу и нечињењу спец. др мед. Ђурђице Ђећез и спец. др мед. Тање Лазић Митровић не постоје елементи повреде професионалне дужности на у захтеву описан начин.

Одлука о трошковима није донета, јер странке на главној расправи нису изнели захтев за надокнаду трошкова.

На основу горе изнетог одлучено је као у изреци.

Поука о правном леку

На основу чл. 241. Статута против ове одлуке може се поднети жалба Врховном суду части Лекарске коморе Србије у року од 15 дана од дана пријема исте. Жалба се доставља преко овог Суда.

Председник судског Већа

Спец. др мед. Јелица Поповић, прим.

//



*Драге колеге
и пријатељи,
желимо Вам
срећну и успешну
Нову 2014. годину,
као и Божићне
празнике.
Ваша Лекарска
комора Србије*

Интеграција алопатске и алтернативне медицине



Специјалистички курс из Биорегулаторне медицине
Матарушка Бања, март - септембар 2014

- алтернативна медицина уоквирена у алопатски систем на бази системске биологије
- све клинички ефикасне алтернативне методе на јединственој научној платформи
- биорегулаторна медицина са балансирањем физиолошких мрежних система хомеостазе
- целуларна и психо-неуро-имуно-ендокрина биорегулација
- превентивна медицина са психосоматским и детоксификационим методама лечења



- четири модула
- модул у трајању од једне седмице
- резиденцијални курс са праксом и теоријом
- завршни испит и чланство удружења



Српско Удружење за Биорегулаторну Медицину
Димитрија Туцовића 34/5 Краљево
Директор курса: Ђеран Александар
036 336 555 / 064 513 8833
biomedic.serbia1@gmail.com
www.biomedic.co.uk/serbia1.html

International Society for Bioregulatory Medicine
23 Manchester Square, London W1P 4LS
tel: +44 207742 9988, isbmed@biomedic.co.uk
www.biomedic.co.uk





2014.



ЈАНУАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
30/2013.	31	1	2	3	4	5
6	7	8	9	10	11	12
13	14	15	16	17	18	19
20	21	22	23	24	25	26
27	28	29	30	31	1	2

ФЕБРУАР

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

МАРТ

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

АПРИЛ

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

МАЈ

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

ЈУН

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

ЈУЛ

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

АВГУСТ

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

СЕПТЕМБАР

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

ОКТОБАР

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

НОВЕМБАР

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

ДЕЦЕМБАР

ПОНЕДЕЉАК	УТОРАК	СРЕДА	ЧЕТВРТАК	ПЕТАК	СУБОТА	НЕДЕЉА
1	2	3	4	5	6	7
8	9	10	11	12	13	14
15	16	17	18	19	20	21
22	23	24	25	26	27	28
29	30	31	1/2015.	2	3	4

