

Број 38 //
Београд //
Јун //
2021 //
Година XIII //

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ

ГЛАСНИК

ISSN 1821-3995

У фокусу
**Ментално
здравље
лекара**

Искуства у лечењу
пацијената са COVID 19

**ОБ Панчево
– Приказ случаја**



ЧИТАЈТЕ У ОВОМ БРОЈУ



4-8

*Активност
Лекарске коморе
Србије*



14-15

*11. Конференција
српске медицинске
дијаспоре*



22-26

ИНТЕРВЈУ
*Проф. др Томислав
Мареновић,
анестезиолог*



32-35

МЕДИЦИНСКА
ЕТИКА
*Шта је
телемедицина?*



Редакција:

Београд, ул. краљице Наталије 1

Тел/факс:

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

И-мејл:

lekarskakomorasrbije@gmail.com,

Сајт:

www.lks.org.rs

Главни уредник:

Др Јасмина Павловић

Чланови Уређивачког одбора:

Др Јасмина Павловић
Др Славица Младеновић
Др Љиљана Станимировић
Др Тихомир Дуганџија
Др Јордан Петровић

Издавачки савет:

Др Милан Динић
Др Владимир Кљајић
Др Гордана Лучић
Др Олга Поповић
Др Дејан Сакач
Др Борис Ђинђић
Др Слађана Илић
Др Ксенија Турковић

Новински уредник:

Ана Крајнц

Ликовно-графички уредник:

Илија Милошевић

Типографско писмо:

Adamant

Писмо главној уредници



Драге колегинице и колеге,

Задовољство је да смо овај број „Гласника“ ЛКС дочекали у битно промењеним околностима у односу на протекли период. Било је тешко и вредно поштовања. Изборили смо се.

Рад органа и тела у Лекарској комори није прекидан све време пандемије корона вируса. Технички смо

били оперативни, одржаване су седнице телефонски путем и донет је низ одлука. Суштински рад који истичем су донације по установљеним критеријумима и помоћ ЛКС лекарима оболелим од ковид 19.

Сви смо били радосни када је поново почело одржавање седница у присуству чланства. Радо смо преносили своја искуства једни другима и имали низ питања. Вама преносимо искуство тима лекара у лечењу пацијента са ковид 19 из Опште болнице Панчево.

Традиционално је одржана 11. Конференција српске медицинске дијаспоре, путем интернета, по први пут. Размењена су нова знања и искуства, као и умрежавање афирмисаних колега.

Кроз интервју са проф. др Томиславом Мареновићем, истичемо начело

НЕ ЛЕЧИ СЕ БОЛЕСТ НЕГО ЧОВЕК, незаменљивост људског фактора и однос поверења са пацијентом.

Хвала др Милице Ристић на апелу да охрабримо колегинице и колеге, да пронађемо пут и одговор на питање, због чега, ми, лекари, дуго или заувек ћутимо када нас душа боли.

Имамо занимљиву тему др Славице Ђуровић о телемедицини која се неприметно, неопходно, али не у потпуности дефинисано, појавила као нови вид пружања медицинских услуга које свакако треба да буду у интересу пацијената, а подједнако да заштите лекаре.

Преко лепог текста, 170 година од рођења др Лазе К. Лазаревића, уживамо у традицији медицине и богатству личности и писца.

Захваљујем се свим колегиницама и колегама на преданом раду и сарадњи.

Главна уредница „Гласника“ ЛКС
Др Јасмина Павловић



Активности у оквиру поверених послова ЛКС

У 2020. години Лекарска комора Србије је:

- издала нове 1693 лиценце лекарима
- издала 1049 измењене лиценце лекарима
- обновила 1325 лиценци лекарима
- привремено одузела 37 лиценци лекарима
- број предмета пред првостепеним судовима части – 94,
13 седница већа Врховног суда части ЛКС
- број нових предмета пред првостепеним судовима части је 61
- број издатих сертификата добре праксе је 385
- број издатих привремених лиценци је 53

Седнице органа Лекарске коморе Србије

Седнице Скупштине Лекарске коморе Србије су се одржавале телефонским путем, због познате епидемиолошке ситуације у земљи, где је фокус био на доношењу одлука у вези са финансијском помоћи породицама лекара преминулих од ковид-19, као и финансијском помоћи колегама, лекарима, оболелим од ковид-19 и финансијској помоћи здравственим установама и приватној пракси за набавку заштитне опреме лекарима.

Лекарска комора Србије је знатна финансијска средства уплатила и на рачун РФЗО ради набавке тестова и заштитне опреме.

Скупштина ЛКС је донела одлуке и по питању уједначавања критеријума рада којима се руководе Комисије за солидарну помоћ при решавању захтева колега за солидарну помоћ по основу последица заразне болести ковид-19.

Управни одбор Лекарске коморе Србије одржао је у 2020. години три редовне седнице и две телефонске седнице, поштујући све епидемиолошке мере.

У 2020. години Лекарска комора Србије је постала власник још једне некретнине- пословног простора у Новом Саду, од око 300 квм, за потребе ЛКС – РЛК Војводине. Купопродајом ове некретнине реализована је Одлука Скупштине ЛКС о покретању поступка куповине пословног простора, по предлогу Скупштине РЛК Војводине.

Изабран нови Уређивачки одбор Српског медицинског часописа Лекарске коморе

Нови Уређивачки одбор Српског медицинског часописа Лекарске коморе изабран је на четвртој телефонској седници Скупштине Лекарске коморе Србије одржаној 30. децембра 2020. године. За председника Одбора изабран је проф. др Иван Пауновић, специјалиста опше хирургије Медицинског факултета у Београду.



Уједначени критеријуми рада Комисија за доделу солидарне помоћи

На шестој телефонској седници Скупштине Лекарске коморе Србије одржаној 9. априла 2021. године донета је одлука којом је Скупштина ЛКС потврдила, верификовала и уједначила критеријуме којим се руководе све регионалне Комисије за солидарну помоћ при решавању предметних захтева чланова Лекарске коморе Србије а везано за оболевање лекара од тежих облика системске болести ковид 19.

Покренут пројекат о менталном здрављу лекара

Управни одбор Лекарске коморе Србије донео је одлуку о давању сагласности за покретање пројекта и истраживања „Брига за и унапређење менталног здравља лекара у Србији“. Одлука је донета на четвртој ванредној телефонској седници одржаној 23. фебруара 2021. године.



Представник ЛКС у Националном координационом тиму за имунизацију

Проф. др Владимир Кљајић, председник управног одбора Лекарске коморе Србије одређен је за представника ЛКС у Националном координационом тиму за имунизацију на трећој телефонској седници УО ЛКС одржаној 28. јануара 2021. године.



Оснивање Фонда за школовање деце преминулих лекара

Управни одбор Лекарске коморе Србије образовао је на седници одржаној 28. јануара 2021. године радну групу чији је задатак да се размотре могућности оснивања Фонда за школовање деце преминулих лекара од ковид 19.

Сарадња са Институтом за јавно здравље Србије

Лекарска комора Србије учествовала је у процесу планирања имунизације здравствених радника у Србији и кроз сарадњу са Институтом за јавно здравље Србије реализовала информисање и упознавање свих запослених у здравственим установама у приватној својини и приватној пракси о процесу имунизације против ковид 19.



Иницијатива ЛКС за препознавање онлајн едукација

Како би у ванредним околностима здравственим радницима било омогућено смањење бодова из КМЕ на годишњем нивоу и тиме олакшано обнављање лиценце покренули смо иницијативу пред Министарством здравља за измену Правилника о ближним условима за издавање, обнављање лиценци здравственим радницима, а залажемо се и за измену Правилника о ближним условима за спровођење континуиране едукације здравствених радника, како би могућност обављања едукација онлајн била препозната.

Стручни надзор у здравственим установама

ЛКС је активно учествовала и у измени одредаба Правилника о спровођењу стручног надзора, показатељима квалитета и провери квалитета стручног рада.

Сходно новом Закону о здравственој заштити, Лекарска комора Србије је, као и остале коморе здравствених радника, предложила План за спровођење редовног спољног надзора квалитета стручног рада у здравственим установама, другим правним лицима и приватној пракси за 2020. годину, чију су реализацију требало да спроведу коморе здравствених радника. С обзиром на услове пандемије корона вируса, ти послови су пренети у 2021. годину.

ПЛАН РАДА ЛКС ЗА 2021. ГОДИНУ

- Наставак исплате солидарне помоћи оболелим колегама
- Наставак испитивања потреба за помоћ чланству
- Измена Статута ЛКС
- Измене систематизације радних места и Правилника о раду ЛКС
- Даље неометано обављање поверених послова уз унапређење ефикасности
- Транспарентност у раду уз обавештавање колега о активностима
- Укључивање у рад тела Владе РС за информатизацију у здравству
- Нови информациони систем ЛКС и усклађивање са Е управом
- Унапређење поступка КМЕ и остале активности у складу са Законом о здравственој заштити
- Рад и имплементација новог Правилника о КМЕ
- Рад и имплементација новог Правилника о лиценцирању
- Спровођење плана редовне спољашње контроле стручног рада који је био планиран за 2020
- Наставак издавања Стручног часописа Лекарске коморе Србије
- Прибављање непокретности за потребе ЛКС, РЛК Б и РЛК ЈИС
- Изједначавање права и обавеза лекара без обзира на сектор у ком су ангажовани
- Наставак активности за побољшање позиције лекара у друштву
- Измене кривичног закона којима би се напад на здравственог радника санкционисао као напад на службено лице
- Очување и заштита професионалног рада лекара у Србији
- Предлозима за измену Кривичног законика ЛКС ће се залагати за бољу заштиту здравствених радника на радном месту

Извештај о раду Управног одбора Лекарске коморе Србије за 2020. годину

У 2020. години одржане су четири редовне и две телефонске седнице Управног одбора ЛКС. УО ЛКС је обављао послове и задатке у складу са одредбама члана 31. Статута ЛКС и доносио одговарајуће одлуке и закључке, од којих се по свом значају издвајају следећи:

На 11. седници, одржаној 23. јануара 2020. године усвојен је извештај Централне пописне комисије ЛКС за 2019. годину, донет је План јавних набавки за 2020 годину, донета је Одлука о организацији Форума ЛКС, са темама: норме извршења и критеријуми за утврђивање норми извршења и Информациони систем и спровођење ДРГ кроз информациони систем. Дати су предлози за измене и допуне општих аката: Правилника о солидарној помоћи члановима ЛКС и Правилника о финансијско материјалном пословању ЛКС у вези са редовним спољним надзором, као и предлог Правилника о начину и поступку организовања и финансирања програма континуиране медицинске едукације од стране ЛКС. Разматране су иницијативе посебних одбора ЛКС. Разматране су жалбе на решења у управним поступцима и донете одлуке у вези са поднетим жалбама. Дата је сагласност да проф. др Марина Николић-Ђуровић, Клиника за ендокринологију КЦ Србије и клин. асс. прим. др сци. мед Марко Стојановић, Клиника за ендокринологију КЦ Србије учествују у раду ендокринолошке секције УЕМС-а.

Донета је Одлука да ће Лекарска комора Србије у наредном периоду тражити измену Кривичног законика РС где ће бити предложено да се учиниоци кривичних дела против здравствених радника осуде као учиниоци кривичних дела против службених лица и адвоката.

На 12. седници, која је одржана 27. фебруара 2020. године усвојен је предлог извештаја о финансијском пословању ЛКС за 2019. годину, Управни одбор ЛКС доноси одлуку о финансијској подршци одржавања 20. јубиларног конгреса лекара Србије, под организацијом Српског лекарског друштва и проширена је листа стручних надзорника за 2020 годину.

На 13. седници одржаној 25. јуна 2020. године разматран је извештај о финансијском пословању

Лекарске коморе Србије за период 01. 01. 2020–31. 03. 2020. године. Донета је одлука о покретању иницијативе пред Скупштином ЛКС за стављање ван снаге одлука Скупштине ЛКС, донетих у време ванредног стања, те да помоћ колегама који су оболели од инфекције ковид 19 свакако треба пружити и даље на основу Правилника о солидарној помоћи члановима ЛКС, будући да је наведеним Правилником предвиђена солидарна помоћ за све теже болести са компликацијама као и за случајеве наступања трајног инвалидитета. Донета се одлука о покретању иницијативе пред Скупштином ЛКС за доделу признања лекарима који су радили у ковид болницама и предлози за постхумна одликовања.

Управни одбор ЛКС доноси одлуку о усвајању предлога за повећање накнаде плата лекарима на специјализацији, тако што ће плате лекара на специјализацији пратити повећања плата и стимулација по основу права која се односе на остваривање зараде лекара специјалиста. Усвојена је и иницијатива према Министарству здравља да се број бодова из КМЕ за 2020. годину за здравствене раднике смањи, а због њихове ангажованости у борби против епидемије.

На 14. седници одржаној 28. септембра 2020. године, разматран је извештај о финансијском пословању Лекарске коморе Србије за период 01. 01. 2020–30. 06. 2020. године, разматрана и донета одлука о апропријацији.

Донета је одлука о преносу средстава са рачуна Лекарске коморе Србије намењеног за Фонд солидарне помоћи, на рачуне регионалних лекарских комора, у складу са исказаним потребама РЛК за ове намене, а ради помоћи при реализацији захтева за исплату солидарне помоћи члановима Коморе.

Управни одбор Лекарске коморе Србије је прихватио предлог директора ЛКС да разматра представке у којима постоји сумња за постојање повреда професионалног угледа и части члана ЛКС учињене од стране лекара, а пристигле од стране Министарства здравља РС – Здравствене инспекције и доноси одлуку о евентуалном покретању поступка по службеној дужности пред судом части ЛКС.

Донета је одлука о информатизацији рада ЛКС као и прибављању новог Информационог система ЛКС.



Донета је одлука о формирању Радне групе ЛКС за измену Статута ЛКС коју чине директор ЛКС и председници регионалних лекарских комора.

На првој телефонској седници Управног одбора ЛКС, одржаној 23. новембра 2020. године донета је одлука којом је дата сагласност директору Лекарске коморе Србије за закључивање Уговора о отуђењу (прибављању) непокретности – пословног простора у Новом Саду, Булевар Михајла Пупина бр. 28, а са Градском управом за имовину и имовинско – правне послове Града Новог Сада.

На другој телефонској седници УО ЛКС, одржаној 18. децембра 2020. године, Управни одбор ЛКС је:

– припремио извештај о раду Лекарске коморе Србије за 2020. годину на предлог директора Ле-

карске коморе Србије и проследио га Скупштини ЛКС на усвајање.

– утврдио предлог плана и програма рада ЛКС за 2021. годину и проследио Скупштини ЛКС на одлучивање.

– утврдио предлог финансијског плана ЛКС за 2021 годину и доставио Скупштини ЛКС на доношење;

– донео одлуку о апропријацији

– донео одлуку о преносу средстава са рачуна ЛКС намењеног за фонд солидарне помоћи на рачун РЛК Београда у складу са исказаним потребама ове РЛК

– донео одлуку да се предавачима на едукацијам КМЕ исплаћује накнада.

Проф др Владимир Кљајић
Председник Управног одбора ЛКС

Извештај о раду Надзорног одбора Лекарске коморе Србије

У 2020. години одржане су три седнице Надзорног одбора Лекарске коморе Србије.

НО ЛКС је у складу са одредбама члана 45.

Статута ЛКС обављао контролу пословања Коморе и регионалних лекарских комора у њеном саставу, спроводио надзор и анализирао финансијске извештаје ЛКС и РЛК, а који су достављани квартално и доносио одговарајуће закључке и одлуке.

На седници одржаној 24. фебруара 2020. године, разматрана је спецификација годишњег финансијског пословања ЛКС и РЛК за 2020. годину.

У току дискусије констатовано је да је, уз мере рационалне потрошње, на крају 2019. године остварен вишак прихода над расходима, односно да је Комора као јединствено правно лице позитивно пословала у претходном периоду. Констатовано

је да се финансијско пословање Лекарске коморе Србије, кретало у оквирима планираних вредности по одговарајућим позицијама у Финансијском плану за 2019. годину и да није дошло до њиховог прекорачења.

Даље, истакнуто је да су се, у складу са планом рада Лекарске коморе Србије за 2019. годину, одржавали и на време исплаћивали трошкови за станке органа и тела, редовно се исплаћивала и солидарна помоћ. Предочено је да је у 2019. години остварен одличан финансијски резултат, као и да ће се остварена добит из 2019. године, утрошити за надзорнике, израду новог информационог система, израда персонализованих картица са чипом и слично у 2020. години.

Након дискусије усвојен је Финансијски извештај ЛКС за 2019. годину.

На седници одржаној 11. јуна 2020. године, вођена је дискусија у вези са тромесечним финансијским извештајем. Констатовано је да је ЛКС у првом кварталу остварила вишак прихода над расходима. Истакнуто је да се пословало у оквирима планираних вредности по позицијама у финансијском плану за 2020. годину и да ниједна пози-

ција није премашена. Након дискусије усвојена је тромесечна спецификација финансијског пословања ЛКС и РЛК.

На седници одржаној 28. септембра 2020. године, разматрана је шестомесечна спецификација финансијског пословања ЛКС и РЛК. Констатовано је да је ЛКС у првој половини године остварила вишак прихода над расходима. Наведено је да се пословање кретало у оквирима планираних позиција у финансијском плану за 2020. годину.

У овом периоду ЛКС је исплатила 42.314.020,00 динара на име донација установама за набавку заштитне опреме и докторима оболелим од вируса Ковид 19 који су били на болничком лечењу. Наглашено је да је ЛКС централа од марта 2020. године, са променом правилника о солидарној помоћи, почела да издваја 5% од чланарине добијене од РЛК и да уплаћује на рачун фонда солидарне помоћи, као помоћ РЛК, због великог броја захтева. Након дискусије усвојена је шестомесечна спецификација финансијског пословања ЛКС и РЛК.

Др Славица Чанковић
Председница Надзорног одбора ЛКС

Закључци са састанка Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси ЛКС

На седници Посебног одбора за секундарну и терцијарну здравствену заштиту у државној пракси Лекарске коморе Србије која је одржана 16. јануара у Новом Саду, расправљало се о изради плана оптимизације мреже установа здравствене заштите у Србији, и чланови одбора су закључили да су им пренете информације са састанака везаних за израду плана оптимизације мреже установа здравствене заштите у Србији из Крагујевца, Ниша и Ужица, на којима су анализирани подаци везани за број и структуру лекара, функционисање ИЗИСа, у смислу оптимизације трошкова лечења по дијагнозама, броју дана хоспитализације, употреби резервних антибиотика, о првим прегледима и броју дневних болница у односу на укупан број хоспитализованих пацијената.

Анализом проблема првих прегледа, ПО је закључио да су прави критеријуми за прве прегледе добијени крајем децембра, и да је подвучен значај отварања дневних болница за било које ин-

тервенције које се могу урадити у року од 24 сата, било дијагностичке било терапијске. Анализом је утврђено и да значајан број прегледа иде преко ургентног пријема. Између осталог је утврђено, а на основу искустава, да се у свим здравственим установама, много већи број интервенција и прегледа и дијагностичких процедура се уради у ургентним пријемима који се до сада нису приказивали у ДРГ.

Предложено је да се сви специјалистички прегледи у ургентним пријемима воде као први прегледи, а да се интервенције из дијагностичке процедуре воде кроз дневне болнице, јер само на тај начин може бити наплаћена дијагностика.

Такође, предложено је да је, с обзиром на комплексност и захтевност ДРГ, неопходно да свака установа оформи тим који ће интензивно пратити дешавања по питању ДРГ, и да је неопходна активна улога тима за ДРГ у исправљању грешака приликом шифрирања, као и мотивисање лекара за правилно шифрирање по ДРГ.

Извештај о раду Етичког одбора Лекарске коморе Србије у периоду од 01. јануара до 31. децембра 2020. године

ЗБИРНИ ИЗВЕШАЈ О РАДУ ПРВОСТЕПЕНИХ СУДОВА ЧАСТИ Р

РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА	БРОЈ ПРЕДМЕТА У РАДУ У 2020.			ФОРМАЛНИ УСЛОВИ		
	Предмети затечени на дан 01. јануара 2020. године	Предмети примљени од 01. јан. до 20. нов. 2020. године	УКУПНО у раду у 2020. години	Не испуњава формалне услове	Испуњава формалне услове	Неосн
Београда	19	31	50	6	25	2
Војводине	11	12	23	6	6	
за југоисточну Србију	40	11	31	6	8	1
за централну и западну Србију	11	10	21	6	5	
за Косово и Метохију	/	/	/	/	/	
УКУПНО:	81	64	125	24	44	4

ИЗВЕШТАЈ О РАДУ ВРХОВНОГ СУДА ЧАСТИ Р

Уважена жалба		Одбијена жалба као неоснована	Констатаци
Враћено на поновљени поступак	преиначена одлука првостепеног суда части		
1	0	6	

Председник Врховног суда части је, у складу са својим овлашћењима из Статута Лекарске коморе Србије, у периоду од 01. јануара до 31. децембра

2020. године донео укупно **19 решења** по жалбама странака на решења о основаности/неоснованости предлога од стране судије истражитеља, као и на

Етички одбор Лекарске коморе Србије је у периоду од 01. јануара до 31. децембра 2020. године 3 пута покушао да одржи редовну седницу и то 4. редовну седницу (другог сазива).

Седнице нису одржане због примене прописаних мера ограничавања организације скупова у борби против пандемије Ковид 19.

У извештајном периоду, односно у току 2020. године, Етички одбор Лекарске коморе Србије, трећег сазива је примио укупно 14 предмета, који ће бити разматрани чим се буду стекли услови за одржавање ове седнице ЕО ЛКС.

Др Горан Богдановић,
Председник Етичког одбора ЛКС
(3. сазива)

И РЕГИОНАЛНИХ ЛЕКАРСКИХ КОМОРА У 2020. ГОДИНИ

СТАЊЕ ПРЕДМЕТА У РАДУ ТОКОМ 2020. ГОДИНЕ						Преостали предмети у раду на дан 31. дец. 2020. године
Истрага		Одлуке		Застој	Застарело	
Неосновано	Основано	Осуђујуће	Ослобађајуће			
20	13	0	0	1	1	31
4	5	0	0	0	0	2
13	4	1	3	4	4	23
5	2	1	2	0	3	5
/	/	/	/	/	/	/
42	24	2	5	5	8	61

И ЛЕКАРСКЕ КОМОРЕ СРБИЈЕ У 2020. ГОДИНИ

Категорија наступања апсолутне застарелости	Предмети у току	УКУПАН БРОЈ СЕДНИЦА ВЕЋА ВРХОВНОГ СУДА ЧАСТИ ЛКС
6	0	13

решења о постојању/непостојању формалних услова од стране председника првостепених судова части регионалних лекарских комора.

Мр сци. мед. Ивица Милосављевић,
Председник Врховног суда части
Лекарске коморе Србије

ОДРЖАНА 11. КОНФЕРЕНЦИЈА СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ

// ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ ПОДРЖАЛА ЈЕ И ОВЕ ГОДИНЕ КОНФЕРЕНЦИЈУ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ КОЈА ЈЕ, ЗБОГ ПАНДЕМИЈЕ КОВИД-19, ОРГАНИЗОВАНА ПУТЕМ ИНТЕРНЕТА //

Под покровитељством престолонаследника Александра и принцезе Катарине, 17. јуна 2021. године у Белом двору у Београду отворена је 11. Конференција српске медицинске дијаспоре која је трајала два дана, а њено праћење било је омогућено путем онлајн апликације. На почетку свечаног отварања конференције, присутнима се обратио престолонаследник Александар који је поручио да се нада брзом завршетку пандемије, како би се следеће године окупили у што већем броју.

„Јако сам поносан на оно што раде моја супруга принцеза Катарина и њена Фондација. Хвала свима који су данас са нама“, рекао је Александар.

На отварању конференције, у име Министарства здравља Републике Србије, обратио се државни секретар Мирсад Ђерлек који је поручио да је један од четири приоритета Владе да јача здравствени систем.

„Ми већ реновирамо четири клиничка центра, 19 општинских болница, а у току је набавка савремене медицинске опреме“, рекао је Ђерлек.

Декан Медицинског факултета Универзитета у Београду Небојша Лалић истакао је да је факултет од самог почетка подржавао одржавање тог скупа, желећи да афирмише један нови поглед на одлив мозгова, односно одлазак људи из Србије.

„Мислим да смо према нашој дијаспори имали један застарели однос који се састојао у томе да смо, са једне стране, покушавали да убедимо људе да не иду, а са друге стране, да убедимо оне који су већ отишли, да се врате. Врло мало смо радили на томе да се успостави мрежа између сталних одлазака младих људи код оних који су се афирмисали напољу и са друге стране, доласка наших стручњака из иностранства овде, да пренесу своје знање“, рекао је професор Лалић, истакавши да је Конференција српске медицинске дијаспоре међу скуповима са најдужом традицијом који управо покушава да лансира један другачији приступ који ће омогућити ту интеракцију и умрежавање.

Др Маријан Ивануша, шеф Канцеларије Светске здравствене организације честитао је Србији на начину на који се бори са пандемијом корона вируса и на томе што је међу првима у свету успешно увећала електронска решења у области вакцинације, а посебно се захвалио здравственим радницима који су изнели сав терет борбе.

„Сви се плашимо следећег таласа, али се надамо да ће бити пуно блажи, с обзиром на то како је напредовала вакцинација“, рекао је Ивануша. Посебно је похвалио овогодишњи програм Конференције који је у значајној мери посвећен корона вирусу, али и различитим болестима за које знамо



Др Милан Динић, директор
Лекарске коморе Србије



СВЕЧАНО ОТВАРАЊЕ 11. КОНФЕРЕНЦИЈЕ СРПСКЕ МЕДИЦИНСКЕ ДИЈАСПОРЕ, БЕЛИ ДВОР, 17. ЈУНА 2021. У БЕОГРАДУ

ТЕМЕ ОВОГОДИШЊЕ СЕСИЈЕ

- Биоетика у хуманој медицинској биотехнологији
- Гојазност
- WHO CERTAIN: Платформа за дисеминацију знања о брзом, мултимодалном збрињавању критично оболелих пацијената током ковид 19 пандемије
- Најновији клинички приступ имунизацији и лечењу ковид 19
- Пандемија ковид 19 – искуства из региона
- Мултидисциплинарни приступ вишестраном утицају ковид 19
- Кардиоваскуларна процена током и после ковид 19
- Ментално здравље за време пандемије ковид 19: психолошке, развојне и социјалне последице
- Карцином плућа
- Интервентна радиологија у онкологији

да су имали утицаја на тежину болести код ковид позитивних пацијената.

Др Милан Динић, директор Лекарске коморе Србије истакао је да га веома радује што је ове године, упркос специфичној ситуацији и свим потешкоћама, очуван ентузијазам и жеља за разменом нових знања и искустава.

„Година за нама је показала да вируси и болести не познају границе и зато ни за рад лекара не смеју постојати границе. Ми морамо стално сарађивати, како би успели да одолимо свим изазовима који ће бити пред нама“, рекао је др Динић.

Он је истакао да је Лекарска комора Србије дугогодишњи партнер ове конференције, дајући свој допринос очувању традиције сарадње са колегама из иностранства.

„Зато желим да, испред Лекарске коморе Србије, упутим речи захвалности стручњацима из области медицинских наука пореклом из Србије који су своја почетна знања стекли на медицинским факултетима у Србији, а наставили усавршавање у иностранству и данас су у могућности да поделе своја знања са нама, али исто тако и свим нашим лекарима који раде у Србији и који имају шта да понуде колегама у иностранству“, рекао је др Динић. Посебно се захвалио краљевској породици на организацији и очувању овог значајног скупа.

Принцеза Катарина такође је поздравила присутне и поручила да се нада да ће конференција свима бити од користи. „Користим прилику да се захвалим свим лекарима из земље и света, као и свим медицинским радницима на несебичној борби против вируса и великој храбрости. Ми смо и даље упорни у стварању услова у којима дијаспора и Србија размењују драгоцену знања и искуства“, казала је принцеза Катарина.

Присутнима су се обратили и чланица Краљевског лекарског одбора Ида Јовановић, као и лекари са клинике Мејо, Душица Бабовић-Вуксановић и Весна Гаровић.

Конференцију традиционално организује Фондација принцезе Катарине уз подршку Министарства здравља, СЗО, Лекарске коморе Србије, Медицинског факултета Универзитета у Београду, Министарства спољних послова и Краљевског медицинског одбора. //

Стални комитет лекара Европе: Европски доктори исказали забринутост због Дигиталног зеленог сертификата

Коначна одлука о Дигиталном зеленом сертификату треба да буде заснована на најновијим научним доказима уз поштовање приватности и људских права.

Европски доктори сматрају да постоји широка подршка предлогу Европске комисије за креирање Дигиталног зеленог сертификата као доказа да је особа вакцинисана против ковид 19, да има негативан резултат теста или да је прележала Ковид 19.

Стални комитет лекара Европе (The Standing Committee of European Doctors – CPME) верује да ће тај сертификат охрабрити грађане да преузму одговорност и да се вакцинишу. „Имунизација је индивидуално право и заједничка одговорност

свих за поправљање јавног здравља“, наводи се у саопштењу CPME који представља национална медицинска удружења широм Европе, укључујући и Лекарску комору Србије.

Са друге стране, европски лекари истичу и своју забринутост, посебно због дискриминације невакцинисаних грађана, капацитета здравствених система за заштиту података о резултатима тестирања, као и због могућих фалсификовања сертификата.

Конечно, CPME охрабрује Европску комисију да настави са својим радом на развоју заједничког европског електронског сертификата о вакцинацији који ће бити коришћен у рутинским програмима имунизације. //

Систем „IMMUNION“: Промовисање усвајања вакцинације широм Европске уније

У априлу 2021. године је покренут нови европски пројекат за побољшање правичног усвајања вакцинације јачањем сарадње између здравствених радника, органа јавног здравства, медија и локалних заједница.

„IMMUNION“ ће допринети и допунити шире напоре ЕУ за спровођење вакцинације пружањем бољег образовања здравственим радницима и комплетнијим информисањем шире јавности.

Ефикасно пружање информација заснованих на доказима о вакцинацији на начине који граде поверење и смањују ширење дезинформација је циљана област. „IMMUNION“ (Побољшање сарадње у имунизацији у Европској унији) је изграђен како би се задовољиле ове потребе.

Током свог двогодишњег постојања, „IMMUNION“ ће, како је планирано, допринети напорима ЕУ у побољшању усвајања вакцинације тако што ће чланови Коалиције за вакцинацију едуковати и обучавати здравствене раднике о томе како ефикасно пружати информације о вакцинацији својим пацијентима и медијима. Пројектом ће се, такође, развити алати и ресурси за повећање об-

ухвата вакцинације, посебно међу сиромашном популацијом.

Пројектом координира *EuroHealthNet* који ће подржати Коалицију за вакцинацију, водећи рачуна о томе да здравствени радници широм Европе имају користи од посла који Коалиција обавља.

„IMMUNION“ ће:

- поделити потврђене материјале и ресурсе за обуку о вакцинацији здравственим радницима и студентима широм Европе;
- ојачати постојећу коалицију за вакцинацију и њену дугорочну одрживост и видљивост;
- развити и пружити могућности обуке здравствених радника и студената о пружању информација о вакцинацији;
- појачати сарадњу између јавних здравствених установа, здравствених радника и медија и подстаћи извештавање засновано на доказима о вакцинацији;
- повећати разумевање покретача неједнакости вакцина и решити питања покривености вакцинацијом у осетљивој и недовољно заступљеној популацији. //



ИСКУСТВА У ЛЕЧЕЊУ ПАЦИЈЕНАТА СА COVID 19

ОПШТА БОЛНИЦА ПАНЧЕВО – ПРИКАЗ СЛУЧАЈА

Пишу: др Слободан Овука,
спец. гинекологије и акушерства
др Милорад Божић, спец. анестезиологије
др Невена Милорадовић, спец. анестезиологије
др Бранка Вујасиновић, спец. радиологије
др Михајло Новаков,
спец. гинекологије и акушерства

Пацијенткиња стара 32 године, у 36. недељи друге по реду жељене трудноће, примљена је на инфективно одељење Опште Болнице Панчево 4. 11. 2020. због позитивног PCR теста на Sars-Cov 2.

Осећа малаксалост, главобољу, телесна температура до 38 С., негира тегобе са дисањем и остале тегобе по системима. На пријему субфебрилна телесне температуре 37,3 С., притисак 130/80 mmHg,

фреквенца 137/ min, SpO₂ 99%. Аускултаторно над плућима и срцем налаз физиолошки.

Лабораторијске анализе по пријему: Le 12,56 x 10⁹/L; Ly 12,7%; Ne 73%; CRP 76,4 mg/L; PCT 0.22 ng/ml; AP 125 U/L; Na+ 130 mmol/l; Er 3,86 x 10¹²/L; HGB 99 g/L; HTC 0,307 L/L; Tr 193 x 10⁹/L; D-dimer 3,51 ng/L FEU. Гасне анализе артеријске крви: pH 7,45; pCO₂ 27 mmHg; pO₂ 60 mmHg; Lac 2,9 mmol/L; HCO₃- 18,8 mmol/L; BD -3,9 mmol/L. Терапија ординирана од стране инфектолога према протоколу за Sars-Cov 2.

Трећег дана по пријему долази до пада сатурације хемоглобина кисеоником на пулсној оксиметрији. Примењена кисеонична потпора преко O₂ маске од 3-8 L/min. [*]

Четвртог дана по пријему долази до субјективног и објективног погоршања. Пацијенткиња је узнемирена, агитирана, присутна цијаноза централног типа, као и општи знаци хипоксије. Заузима принудни положај у постељи. Дисање постаје плитко, убрзано, чујно уз коришћење помоћне дисајне мускуларе. [**] Аускултаторно над плућима ослабљен дисајни шум базално и медијално билатерално. На радиографији плућа уочава се комплетна консолидација десног плућног крила, као и доњег и делимично средњег плућног поља левог плућног крила. Гасне анализе артеријске крви: pH 7,38; pCO₂ 27 mmHg; pO₂ 39 mmHg; Lac 1,4 mmol/L; HCO₃- 18,3 mmol/L; BD -7,6 mmol/L. У лабораториским анализама: IL6 229,15 pg/ml; D-dimer 5,34 ng/L FEU; CRP 182,4 mg/L; Le 11,8 x 10⁹/L.

С обзиром на клиничко и субјективно погоршање општег стања, као и то да превод у установу терцијарног типа није био могућ, доноси се конзилијарна одлука између гинеколога, анестезиолога и инфектолога да се уради хитан царски рез уз предлог даље терапије од стране инфектолога, а према протоколу за лечење Covida 19 после порођаја. Терапија: Meronem 1g i.v./8h; Clefan 0,6 ml s.c./12h; Favipiravir 8 tbl увече и сутра ујутру 8 tbl, а затим 2 x 3 tbl; Controloc 40 mg i.v.; Dexason 6 mg i.v.; Paracetamol 1000 mg i.v./max на 6g; Vitamin C 2g; Alpha D3 1 mcg 1 x 2 tbl; Actemra 400 mg i.v. /12h.

С обзиром на опште стање пацијенткиње, као и то да је при покушају постављања у лежећи положај дошло до изразитог пада сатурације хемоглобина кисеоником на пулсној оксиметрији и поред кисеоничне потпоре O₂ маском и високих протока кисеоника, анестезиолог доноси одлуку да се операција изведе у условима OETA уз поштовање свих мера заштите медицинског особља од преношења инфекције Sars-Cov 2. Према ASA класификацији пацијенткиња оцењена четворком (декомпензована). [***]

По процени дисајног пута, успоставља се адекватан венски пут, са две периферне венске линије широког лумена (16G и 18G). Обезбеђен адекватан положај на операционом столу ради превенције аортокавалне компресије. Од мониторинга коришћено

неинвазивно мерење крвног притиска, ЕКГ мониторинг, пулсна оксиметрија, капнометрија са капнографијом. Након преоксигенације, примењена "rapid sequence" индукција propofolom у дози од од 2 mg/kg/TT и rocuronijumom у пуној дози од 1,2 mg/kg/TT, што је омогућило извођење ендотрахеалне интубације тубусом No 7,5 cuff и механичке вентилације плућа. [****]

Гасна размена по примени релаксанта и механичке вентилације плућа се стабилизује и омогућава се извођење царског реза. Примењена протективна стратегија за вентилацију плућа – PCV уз Pinsp 22 cmH₂O; Psupp 17 cmH₂O; PEEP 5 cmH₂O; FiO₂ 100%. EtCO₂ се одржава између 30-34 mmHg.

По отварању предњег трбушног зида по слојевима и засецању утеруса екстрахује се живо рођено мушко новорођенче ТМ 2890 g и TD 48 cm. Новорођенче преведено на педијатријско одељење Опште Болнице Панчево (протокол). По екстракцији плода и клемовању пупчаника примењен опиоидни аналгетик (Fentanil 4 mcg/kg/TT) и бензодиазепин (Midazolam 0,5 mg/kg/TT) уз чист O₂ како би се одржала задовољавајућа сатурација хемоглобина кисеоником на пулсној оксиметрији.

Због тешког општег стања, обостране плеумоније и респираторне инсуфицијенције даље лечење породиље наставља се у црвеној зони ЈИЛ Опште Болнице Панчево. На пријему у ЈИЛ пацијенткиња континуирано аналгоседирана – Fenanil и Midazolam. Релаксирана rocuronijumom. На A/C MV FiO₂ 80%; I:E 1:2; RR 14/min; Pmax 28 cmH₂O; TV 450 ml; PEEP 7 cmH₂O. Постиге се задовољавајућа сатурација хемоглобина кисеоником на пулсној оксиметрији између 95-97%.

Пласирана артеријска линија ради инвазивног мерења крвног притиска и узимања артеријске крви за гасне анализе. Пласирани CVK у вену југуларис интерну (централни венски катетер), уринарни катетер, NGS (назогастрична сонда). Хемодинамски стабилна, ТА 120/80, HR 100/min. Терапија према протоколу за SARS-CoV2 ординирана од стране инфектолога.

Другог дана по пријему у ЈИЛ коригована анемија – ординирана једна доза еритроцита одговарајуће крвне групе. Уз консултације са инфектологом ординирана једна доза свеже смрзнуте плазме. Укључен hidrocortison у високим дозама, уз постепено смањење у консултацији ендокринолога.

У лаб. анализама, IL6 226 pg/ml. Гасне анализе задовољавајуће, али при покушају смањења FiO₂ долази до пада SpO₂, која се одржава између 95-97% на 80% O₂. Трећег дана по пријему у ЈИЛ уведена исхрана per sondam и парентерална исхрана.

На контролној радиографији плућа уочене обостране масивне консолидације обострано, уз мањи плеурални излив лево. Седмог дана боравка у ЈИЛ-у, пацијенткиња реинтубирана, укинута мишићна релаксација, а потом преведена на

асистирани мод вентилације (BiPAP), уз смањење FiO_2 на 70%, I:E 1:2, RR 12/min; P_{insp} 20, P_{supp} 14, PEEP7 mmH₂O. Променом режима вентилације долази до пораста pCO_2 у гасним анализама артеријске крви. Мењан однос инспиријума и експиријума у корист продужетка експиријума. Све време хемодинамски стабилна, задовољавајуће сатне диурезе. Параметри инфламације у порасту, Le 18.2x 10¹²/l, IL6 431pg/ml. Контролна крвна слика задовољавајућа. Уведен tocilizumab 400 mg /12h. На контролној радиографији плућа лево једнострано тамно плућно поље, а десно знаци консолидације. Предложен СТ грудног коша.

Десетог дана боравка у ЈИЛ-у укинута седација и покушано превођење на спонтан мод механичке вентилаторне потпоре (CPAP). По пребацивању на CPAP пацијенткиња постаје узнемирена, тахипноична, тахикардична, па се враћа на асистирану вентилаторну потпору (BiPAP). FiO_2 смањен на 50 %. По промени параметара механичке вентилације узете контролне гасне анализе. Кориговани електролитни поремећаји. Инфламаторни параметри у паду, Le 6.9x 10¹²/l, контролна крвна слика уредна. Узета крв за хемокултуру.

Наредног дана пацијенткиња у погоршању, високофебрилна, телесна температура преко 38 С. Обилно се аспирира из тубуса, повећани су захтеви за вентилаторном подршком. Узет трахеални аспират и контролни брис на COVID19. Запаљенски параметри у порасту, Le 10,7x10¹²/l. Реинтубирана. На СТ грудног коша уочавају се обостране консолидације,

десно дифузне по типу млечног стакла, а лево масивне. Леви хемиторакс сужен.

Преглед поновљен кроз пар дана, али уз примену контраста. Уочено да постоји комуникација између једњака и трахеје. СТ прогностички скор 14/25 max. CO-RADS 6, стадијум резолуције.

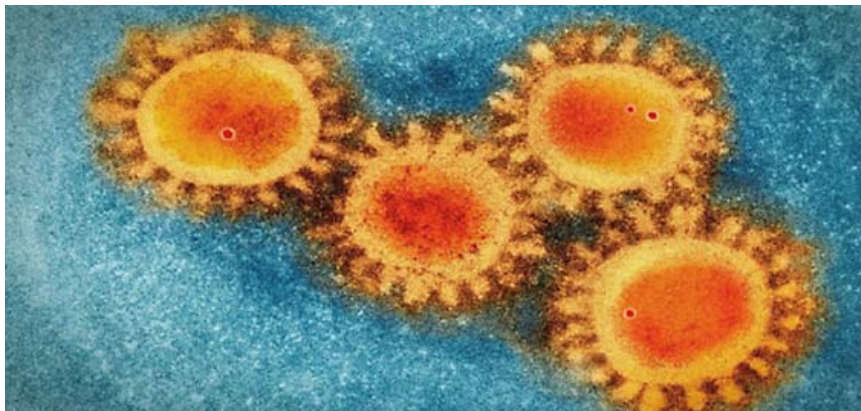
Четрнаестог дана по пријему у ЈИЛ у гасним анализама артеријске крви пораст pCO_2 . Пацијенткиња континуирано аналго-седирана, релаксирана и враћена на контролисану мандаторну вентилацију уз повећање FiO_2 (A/C MV, FiO_2 70%, RR 12/min, I :E 1:2.2; P_{max} 25 mmH₂O, TV 500 ml, PEEP 6 mmH₂O).

Наредног дана гасне анализе артеријске крви у побољшању. Пацијенткиња враћена на асистирани мод механичке вентилације (BiPAP), након укидања мишићне релаксације. Из трахеалног аспирата изолован Pseudomonas aeruginosa осетљив на амикасин. Поновљена хемокултура. Пацијенткиња реинтубирана. Врх тубуса послат на микробиологију. Инфламаторни параметри у порасту, Le 19 X10¹² /L. Поновљене гасне анализе, IL 6, коагулациони статус, фибриноген. Консултован ендокринолог због дуготрајне кортикостероидне терапије и њеног кориговања. У гасним анализама одржава се умерена хиперкарбија. Коагулациони статус, PT 12.6 s, aPTT 22.3 s, D dimer 1.33ng/l FEU, fibrinogen 0.7g/l. IL6 изразито у порасту. Ординирано 5 доза криопрципитата у консултацији са трансфузиологом. Из трахеалног аспирата изолован Pseudomonas осетљив на Colistin, а из хемокултуре Staphylococcus lentus осетљив на Voxin.



У даљем току болести гасне анализе артеријске крви су у побољшању. Смањен FiO₂, дисања фреквенца и подршка притиском на асистираним моду вентилације. Укинута седација. Пацијенткиња будна, свесна, хемодинамски стабилна. Преведена на спонтан мод механичке вентилације (CPAP). Иницијално, након промене режима механичке вентилације гасна размена задовољавајућа. У лаб. анализама IL6 484pg/ml, LDH 1046 U/L. Узета уринокултура и замењен уринарни катетер.

Двадесет шестог дана по пријему у ЈИЛ урађен контролни PCR тест који је био негативан. Истог дана пацијенткиња екстубирана и стављена на неинвазивну механичку вентилацију HFNC, проток O₂ 60L/min, FiO₂ 70%. SpO₂ на пулној оксиметрији између 95 – 97 %.



Током ноћи због лошег толерисања назалних канила и респираторног погоршања пацијенткиња интубирана и враћена на CPAP мод вентилације. На контролном СТ налаз у побољшању. Коагулациони статус уредан. Ниске вредности фибриногена кориговане давањем криоперципитата у договору са трансфузиологом. D dimer у паду. Врх CVK послат на микробиолошки преглед. У терапију уведен diflucan.

У наредна два дана пацијенткиња у побољшању.

Тридесетог дана боравка у ЈИЛ-у пацијенткиња други пут екстубирана. Гасна размена задовољавајућа уз одговарајућу тоалету дисајних путева и O₂ потпору преко маске коју пацијенткиња добро толерише. У хемокултури изолован Staphylococcus epidermidis осетљив на Vancomycin. Уринокултура је остала стерилна. Из CVK изолован Pseudomonas aeruginosa осетљив на cefim.

У наредна два дана долази до субјективног и објективног побољшања. Радиографски и лабораторијски параметри су у значајном побољшању. Пацијенткиња афебрилна, хемодинамски стабилна, задовољавајуће диурезе. Због снижених вредности фибриногена у консултацији са хематологом искључен DIK. Хематолог предлаже даљи наставак терапије LWMH (fraxiparin 0.6 ml sc на 12h) уз свакодневне контроле D dimerа и фибриногена.

Консултовани инфектолог, интерниста, пулмолог. Налаз UZ срца уредан.

Након 38 дана лечења у ЈИЛ-у, пацијенткиња премештена на одељење гинекологије и акушерства Опште Болнице Панчево. Саветована свакодневна контрола фибриногена и D dimerа, као и параметра инфламације Le, CRP, уз консултативне прегледе других специјалиста.

Током боравка и лечења на одељењу гинекологије, опште стање пацијенткиње стабилно, витални параметри задовољавајући.

Десетог дана по пребацивању на одељење, због постојања трахео-езофагусне фистуле виђене на СТ грудног коша урађена езофагогастроуденоскопија, на којој је виђена фистула између једњака и трахеје промера 7 mm, на око 17 cm од зуба.

После 58 дана лечења у Општој Болници Панчево, пацијенткиња се отпушта у релативно добром општем стању, уз савет да настави започету оралну терапију, као и да се кроз режим дневне болнице настави парентерална терапија. Због постојања трахео-езофагусне фистуле, кашља и тега са гутањем, пацијенткиња се даље прати у КБЦ „Драгиша Мишовић“.

Поновљена EGDS на којој је виђена фистула промера 10x6-7mm са продором саливе у трахеју.

Пацијенткиња се и даље прати од стране оториноларинголога и грудног хирурга. Пласиран је PEG за исхрану, а у плану је операција трахео-езофагусне фистуле.

*Трпковић С, Павловић А, Виденовић Н, Каришић М, Сабљак В, Стевановић К. Примена оксигенотерапије у ванболничким и болничким условима. Serbian Journal of Anesthesia and Intensive Therapy. 2014; 36(7-8):459-467.

*Марјановић В. Тешке респираторне компликације код гојазних болесника са SARS-CoV-2 вирусном инфекцијом – карактеристике и оксигенотерапија. Acta Facultatis Medicae Naissensis. 2020; 37(4):314-324.

** Илић-Мостић Т, Петронијевић М, Антонијевић В, Иванковић Ж, Мостић Д, Кендришић М. Општа анестезија и плацентални трансфер анестетика. Serbian Journal of Anesthesia and Intensive Therapy. 2013; 35(7-8):381-385.

** Динић В, Савић Н, Марковић Д, Стојановић М, Веселиновић И, Стошић Б. Анестезија за царски рез и постоперативна аналгезија породиље. Acta medica Medianaе. 2015; 54(4):72-78.

*** <https://www.asahq.org/standards-and-guidelines/asa-physical-status-classification-system> (приступљено 03.06.2021.)

**** Димић Н, Савић П, Митић Р, Калезић Н. Принципи збрињавања дисајног пута у хитним стањима. Halo 194. 2020; 26(3):162-167. //

ДОНАЦИЈЕ ЛЕКАРИМА НАЈВАЖНИЈИ ПОСАО У ПРОТЕКЛОМ ПЕРИОДУ

Већина активности РЛКЈИС је у протеклом периоду, била прилагођена актуелној ситуацији у вези са пандемијом Ковид 19 у Републици Србији, што подразумева промену начина рада и стручне службе и органа у РЛКЈИС.

Седнице Скупштине, Извршног одбора и Надзорног одбора РЛКЈИС су одржаване телефонским путем, а исте су се односиле на разматрање финансијског извештаја за 2020. годину, као и на финансијски план и план набавки за 2021. годину и остала текућа питања која су била везана за поштовање рокова.

До дана састављања овог извештаја, одржана је седница ПО за стручна питања и стручни надзор, на којој је, услед постојеће епидемиолошке ситуације, коригован план стручног надзора за 2021. годину и утврђен неопходан број здравствених установа које ће бити предмет контроле, као и лекари – стручни надзорници који ће овај посао обављати у наредном периоду.

Такође је одржана и седница ПО за СИТ здравствену заштиту у државној пракси на којој се дискутовало о актуелним проблемима лекара у овом сегменту здравствене заштите.

Седнице Извршног и Надзорног одбора, као и Скупштине РЛКЈИС су такође, након дуге паузе, поново одржане ради обављања послова из своје надлежности. Чланови ових органа су упознати са предложеном верзијом измена и допуна Закона о коморама здравствених радника и дали су своје мишљење и предлоге на исти, а заузет је и став да ЛКС мора у јавност изнети став струке везан за обавезну вакцинацију и осуду надрилекарства.

Покренута је и иницијатива да се лекари, члановима Коморе, обезбеде мантили са логоом Лекарске коморе Србије, а реализације ове набавке се ускоро очекује.

Оно најважније што је ЛКС и свака РЛК у њеном саставу појединачно реализовала, свакако су донације члановима Коморе, као и здравственим установама у виду једнократне помоћи због последица Ковид 19. РЛКЈИС је наведене донације реализовала по критеријуму:

– 1,000.00 динара по запосленом лекару, што на нивоу свих здравствених установа износи скоро 5 милиона динара, а све у складу са одлуком Скупштине ЛКС. РЛКЈИС је такође са свог рачуна исплатила укупну помоћ за 142 хоспитализована лекара у укупном износу од 4.850.000.00 динара, а члановима породица преминулих лекара скоро милион динара.

Молбе за солидарну помоћ по основу инфекције Ковид 19 пристижу и даље, Комисија Фонда солидарне помоћи их редовно разматра, а тренутно је „на чекању“ више од 20 захтева за оболеле и 4 за преминуле чланове РЛКЈИС.

Ту свакако треба додати и редовне захтеве за солидарну помоћ, које Комисија даље разматра а по основу рођења деце, болести, смрти члана уже породице итд.

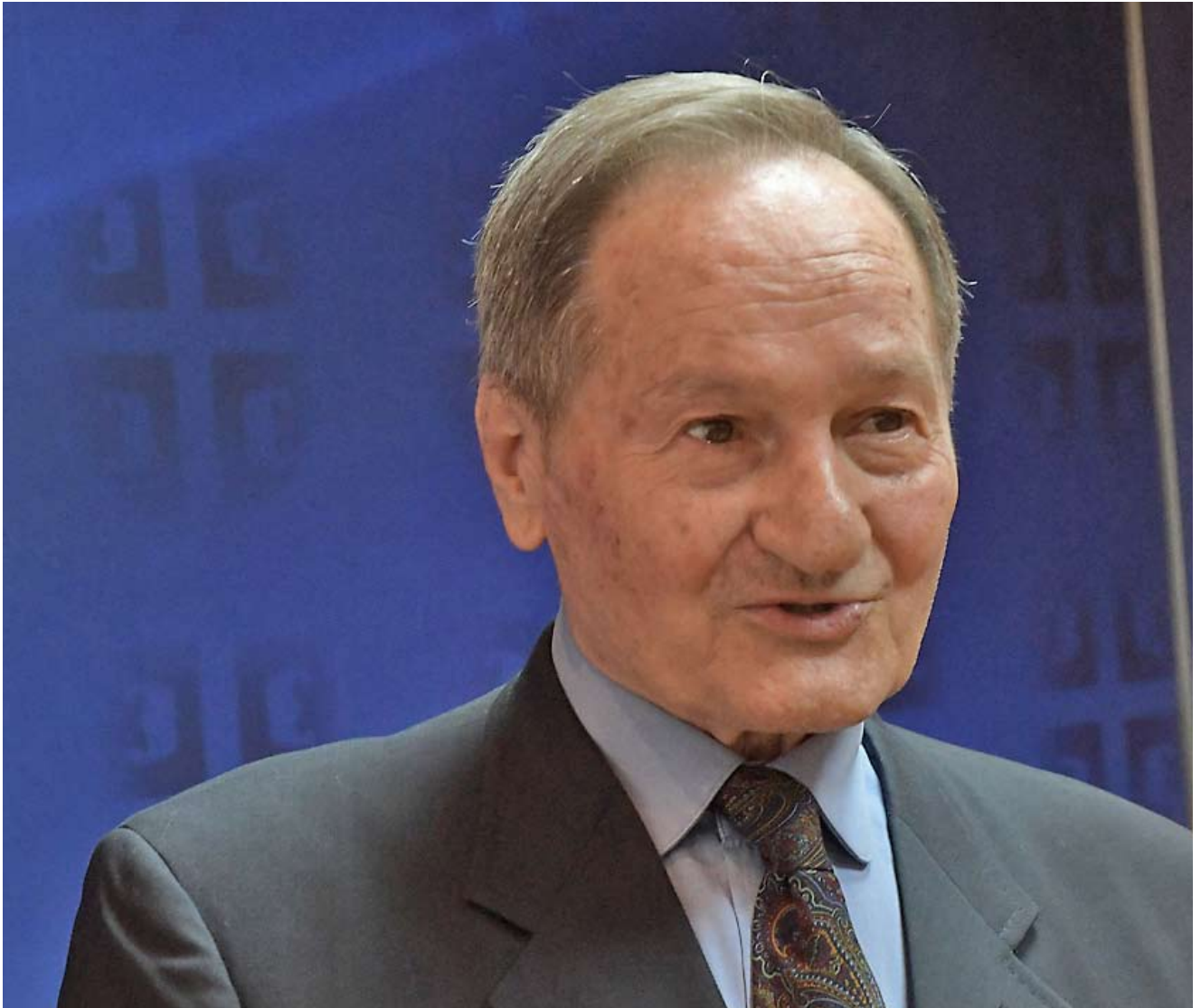
Што се тиче поверених послова (упис у Именик, издавање и обнова лиценце, издавање свих потврда и уверења итд.), Стручна служба РЛКЈИС је наведене послове, у складу са инструкцијама директора ЛКС, обављала електронским путем.

Ванредно стање је за резултат имало и повећан број уписа у Именик, као и захтева за издавање лиценце, с обзиром на то да је било неопходно попунити постојеће капацитете у здравственим установама младим, незапосленим лекарима који су се масовно уписивали у Именик и којима су издаване лиценце у кратком року.

Рочишта пред Судом части РЛКЈИС су, због помануће ситуације била одложена, али су нека заказана и биће реализована већ у току јуна месеца.

Закључак је да су се успешно обављали свакодневни послови, седнице органа РЛКЈИС су биле одржаване у складу са епидемиолошком ситуацијом и одлукама Кризног штаба. Но, како се општа ситуација у земљи па и у југоисточном региону већ стабилизује, РЛКЈИС је кренула са реализовањем седница Посебних одбора и других органа а ради разматрања актуелних тема и дешавања из њихове надлежности.

Проф. др Борис Ђинђић,
Председник РЛКЈИС



ПУКОВНИК У ПЕНЗИЈИ ПРОФ. ДР ТОМИСЛАВ МАРЧЕВИЋ, АНЕСТЕЗИОЛОГ

НЕ ЛЕЧИ СЕ БОЛЕСТ НЕГО ЧОВЕК

// ОНО ШТО ДАНАШЊИ ЛЕКАРИ, ИСКРЕНО СЕ НАДАМ ДА СУ У МАЊИНИ, ЧЕСТО ЗАБОРАВЉАЈУ, А НЕ БИ СМЕЛИ ТО ДА УЧИНЕ, ЈЕСТЕ НЕЗАМЕНЉИВОСТ ЉУДСКОГ ФАКТОРА, ЈЕР ПРАЂЕЊЕ ОСНОВНИХ КЛИНИЧКИХ СИМПТОМА, ЊИХОВО ТУМАЧЕЊЕ, КАО И УСПОСТАВЉАЊЕ ОДНОСА ПОВЕРЕЊА С ПАЦИЈЕНТОМ НИЈЕДНИМ АПАРАТОМ СЕ НЕ МОЖЕ НАДОМЕСТИТИ. ЈЕР НЕ ЛЕЧИ СЕ БОЛЕСТ НЕГО ЧОВЕК //

Цео свој радни век провео је у Војномедицинској академији, угледној медицинској и наставној установи и у земљи и у иностранству, која му је, како каже, пружила прилику да се не само усавршава већ да и он лично, и цела анестезиолошка служба, буду у корак с развијеним светом.

„Ми смо у свакодневну праксу, говорим о анестезиологији, уводили медицинске процедуре готово истовремено кад и најразвијенији медицински центри у свету, много пре других европских медицинских установа. Захваљујући тој чињеници, унапредили смо рад у операционим салама и јединицама интензивне неге, а Војномедицинска академија и њени лекари с поносом су презентовали своје резултате на домаћим и међународним конгресима. То је допринело и чињеници да анестезиолошка школа ВМА буде препозната као престижна“, истиче пуковник у пензији проф. др Томислав Мареновић.

Клиником за анестезију и интензивну терапију Војномедицинске академије руководио је од 1975. до 2002. године. Такође, био је професор анестезиологије многим генерацијама лекара.

Током тог периода, око 830 лекара из целе бивше Југославије, али и из света, специјализирало је анестезиологију на Војномедицинској академији.

Осврћући се ка својој професионалној каријери, с поносом истиче да су многи од његових студената данас редовни професори и шефови клиника за анестезију и интензивну терапију на свим континентима, а да се по свом умећу и посвећености пацијенту, ђаци анестезиолошке школе ВМА и данас препознају.

РАЗГОВАРАЛА: АНА КРАЈЊИЦ

Када посматрате здравство у Србији из периода почетка Ваше каријере и данас, шта видите као основне разлике, како у погледу квалитета здравствене заштите, тако и у погледу односа лекара и пацијената?

Свако време носи одређене специфичности, које су у медицини веома видљиве и нису упоредиве, јер је нагли технолошки успон допринео и наглом напретку у дијагностици и лечењу. Оно што данас спада у рутинске медицинске процедуре, на почетку моје лекарске каријере представљало је новину која се споро и често с отпорима примењивала. Лекарско знање, умеће и искуство били су тада на већој цени, јер нисмо располагали софи-

стицираним дијагностичким и лабораторијским претрагама које су лекарима данас на располагању. Ми нисмо имали ни компјутере ни интернет, до информација смо долазили тако што смо се усавршавали код најбољих стручњака тог времена и у земљи и у иностранству и стечена знања примењивали на својим клиникама и делили их с колегама. Лекари су били посвећени пацијентима, однос је био пун обостраног разумевања, поштовања и поверења, а детаљна анамнеза била је неизоставан и важан део за успостављање дијагнозе и одлуке о даљем току лечења.

Савремену медицину одликује доступност софистициране опреме која олакшава дијагностику, као и развој фармакологије, која доноси све ефикасније медикаменте. Међутим, оно што данашњи лекари, искрено се надамо да су у мањини,

често заборављају, а не би смели то да учине, јесте незаменљивост људског фактора, јер праћење основних клиничких симптома, њихово тумачење, као и успостављање односа поверења с пацијентом ниједним апаратом се не може надоместити. Јер не лечи се болест него човек.

Шта бисте, вођени Вашим искуством, најпре поправили у здравственом систему Србије данас?

Здравствени систем једне земље никада није зависио од медицинских него од политичких одлука, а његова организација зависила је како од економских могућности, тако и од социолошких фактора. Сурова истина је да је здравствена заштита скупа, али то не би смело да утиче на хуману страну лекарског позива и могућности да се свима пружи одговарајућа медицинска нега и заштита. Држава мора изнаћи начин да приватне здравствене установе, које су, руку на срце, понекад опремљеније од тзв. државних, интегрише у здравствени систем, како благовремено и ефикасно лечење не би постало привилегија богатих. Ако нека медицинска процедура није доступна у разумном времену у државној установи, мора се о трошку здравственог система без одлагања обавити у приватној здравственој установи. Не могу људи са озбиљним здравственим проблемима да по неколико месеци чекају на магнетну резонанцу или скенер. Ово се нарочито односи на дијагностичке процедуре које у државним установама и не могу да се ураде.

Постоје и терапијске процедуре или медикаменти који нису доступни у нашој земљи, а људима, најчешће деци, могу спасти живот. Држава неизоставно мора финансирати лечење тих пацијената, а не да средства скупљају хуманитарне организације. Ниједна држава није толико сиромашна да не

Биографија

► Пуковник проф. др Томислав Мареновић, анестезиолог, рођен је 24. марта 1936. године у селу Витковац код Краљева.

► Медицински факултет у Београду је завршио 1961. године. После завршене школе резервних официра и обавезног лекарског стажа, започео је специјализацију из анестезиологије и реанимације на Војномедицинској академији у Београду. Специјалистички испит положио је 1966. године. Усавршавао се шест месеци, као стипендиста Светске здравствене организације у Великој Британији у Hamer Smith Hospital у Лондону. Такође се усавршавао током 1972, 1973, 1978. године у Сједињеним Америчким Државама у Texas Heart Institute и Methodist Hospital, с највећим светским стручњацима из области кардиохирургије и анестезиологије.

► Начелник клинике за анестезиологију и интензивну терапију Војномедицинске академије (ВМА) био је од 1975. године до пензионисања 2002. године. За време његовог начелства Клиника за анестезиологију и интензивну терапију неколико пута је проглашена за најбољу организациону јединицу у погледу организације, лечења, наставе и научноистраживачког рада. Како сам каже, своје бављење анестезиологијом започиње шездесетих година захваљујући нашем познатом хирургу Изидору Папу који је препознао значај нове медицинске дисциплине и таленат професора Мареновића. Због тога је одлучио да га пошаље у Лондон, а касније и у Хјустон на даље учење, како би стечено знање у иностранству пренео у своју земљу и своју матичну кућу. На једном конгресу кардиохирурга, академик Папо рекао је да се „развој кардиохирургије у Југославији дели на два периода – пре и после професора Мареновића“.

► На Војномедицинској академији у Београду изабран је 1968. године за асистента на предмету Анестезиологија, 1982. за доцента, а 1987. за професора. Кроз ту школу је под његовим менторством прошло више од 800 анестезиолога који данас раде како у Србији тако и широм света и који су знањем стеченим код професора Мареновића, стекли велики углед у својој професији.

► Заслужан је за увођење у анестезиолошку праксу бројних новина и процедура које се данас рутински изводе, као што је широка примена апарата за вештачко дисање, одређивање ацидобазног статуса по Аструпу и примена кардиоплегичног раствора у заштити од аноксичног застоја срца код операција на отвореном срцу. Такође, први је у нашу клиничку праксу увео пункцију артерије радијалис и пласирање пластичне каниле за инвазивно мерење артеријског притиска и узимање крви за лабораторијско испитивање и гасне анализе, као и постављање централног венског катетера преко вене југуларис и вене супклавике. Први је преко вене југуларис пласирао жице за привремени пејсмејкер код атриовентикларног блока. Већ 1973. године увео је као рутинску методу мерење минутног волумена срца помоћу Swan-Ganz-овог катетера. Конструисао је, у сарадњи са компанијом Сутјеска, портабилни апарат за извођење анестезије у пољским и ратним условима који је постао саставни део санитетског комплета тадашње ЈНА, данас Војске Србије, за чије је потребе тада направљен и прототип уређаја за добијање кисеоника из ваздуха.

► Био је председник удружења анестезиолога Југославије и председник секције анестезиолога Србије. Члан је Европске анестезиолошке академије и редовни члан Академије медицинских наука Српског лекарског друштва (СЛД). Као представник Југославије био је члан Борда кардиоваскуларних анестезиолога Европе. Члан је Европског удружења за шок и Европског удружења за вантелесни крвоток.

би могла да финансира лечење таквих пацијената, јер људски живот нема цену. Уосталом, хумана друштва се по томе и препознају, а наше је, упркос свему, било и остало хумано друштво.

Кроз своју професионалну каријеру сам се безброј пута уверио да је знање највеће благо и да успешност нашег здравственог система зависи од умећа и знања људи који учествују у њему. Колико год је неопходно улагати у набавку најмодерније опреме, још је важније улагати у људе и њихово образовање.

Последњих годину и по дана цео здравствени систем је био усмерен ка борби против пандемије корона вируса. Ваша струка, анестезиологи, су били једни од најизложенијих и најважнијих карика.

Стално сам говорио да ће доћи време када ће сви схватити колико је важна улога анестезиолога не само у операционим салама, већ и у јединицама интензивне неге, где као клиничари брину о најтежим болесницима. С пандемијом изазваном најновијим корона вирусом значај анестезиоло-



Додела медаље др Владан Ђорђевић, 2. март 2021. године, Војномедицинска академија у Београду: пуковник у пензији проф. др Томислав Мареновић и начелник Групе хируршких клиника ВМА потпуковник проф. др Бобан Ђорђевић

▶ Аутор је више од 300 стручних и научних радова, био је вишегодишњи главни уредник часописа *Anesthesiologia Jugoslavica*.

▶ Носилац је највиших медицинских признања, војних и грађанских одличја.

Само у протеклих годину и по дана, проф. др Томислав Мареновић добио је три престижна признања за животно дело. На предлог Академије медицинских наука СЛД и Секције за анестезиологију, интензивно лечење и терапију бола СЛД,

11. јуна ове године добио је награду Велики печат Српског лекарског друштва.

Медаљу која носи име др Владана Ђорђевића, великог српског хирурга, ВМА традиционално додељује годинама уназад и на свечаности која је одржана 3. марта 2021. године поводом Дана Војномедицинске академије и 177 година њеног рада, ово престижно признање добио је проф. др Томислав Мареновић. У Фебруару 2020. године за изузетне заслуге у области медицинских наука одликован је Златном медаљом.

га и специфичних знања и вештина која поседују разоткрило је делимично и јавности и колегама улогу ових искусних клиничара у јединицама интензивне терапије.

Поред инфектолога, пулмолога, интерниста, медицинских сестара и техничара, покривени скафандерима, моје колеге анестезиолози су изнели највећи терет ове пандемије. Помињање у јавности кисеоничне терапије и респиратора последњих годину и по дана указало је на значај анестезиолога у одржавању виталних животних функци-

ја, али није у потпуности показало комплексност наше струке и одлука које се доносе код животно угрожених пацијената. Благовремена и тачна процена анестезиолога у јединици интензивног лечења често може бити танка линија која пацијента сивице смрти враћа у живот.

Србија је већ неко време суочена са проблемом мањка одређених специјалиста, међу којима и анестезиолога. Како решити тај проблем?

Не смемо дозволити да због крутих бирократских

правила и процедура настане дисконтинуитет у одобравању специјализација. Благовременом и добро планираном кадровском политиком, континуираним сагледавањем ситуације на терену од стране искусних клиничара, проблем с недостатком одређених специјалиста, не само анестезиолога, могао би се дугорочно решити. Без добре стратегије у планирању потреба, нема ни доброг здравственог система, као што без добре стратегије нема ни успешног лечења пацијента. Не треба чекати да неко оде у пензију или на рад у иностранство па да се на упражњено место одобри специјализација која траје четири или више година. Сликвито, можда мало и претерано, то изгледа као кад би лекар започео лечење пацијента тек кад престане да дише.

Током пандемије у јавности се развила бојазан од могућности повезивања пацијента на механички вентилатор, јер већина тешких пацијената на крају не преживи третман. Колико је таква бојазан оправдана?

Ковид пандемија је довела до тога да многа медицинска знања постану доступна и важна у свакодневном животу. Тако су се у јавности почели помињати и механички вентилатори који помажу у лечењу пацијената са респираторном инсуфицијенцијом. У случају тешких ковид пнеумонија, бојазан коју помињете јесте оправдана, јер се ради о животно угроженим пацијентима којима ниједан други облик оксигенотерапије осим вентилатора не може помоћи. Смртност код таквих пацијената јесте велика, али би била много већа, готово 100-процентна, да немамо вентилаторе и анестезиологе који су високо стручно оспособљени да раде са њима.

Треба имати на уму да вентилатори нису свемоћни и да они обезбеђују вентилацију и оксигенацију у зависности од коришћеног мода под одређеним притиском, волуменом, трајањем инспиријума и експиријума, процентом кисеоника. Али код тешких оштећења на нивоу алвеолокапиларне мембране где није могуће обезбедити респирацију – размену гасова (кисеоника и угљен-диоксида) какав је случај код ковида, вентилатори често не могу помоћи.

Као дугогодишњи професор, извели сте на пут генерације успешних лекара од којих су, верујем, многи успешни лекари и у иностранству. По чему се издваја образовање на нашим медицинским факултетима?

Образовање које се стиче на нашим медицинским факултетима веома је добро, мада је болоњски систем увео пуно новина које не доприносе увек квалитету образовања. Неке од новина су добре када се заиста примењују, као што је менторски рад и практичан рад у мањим групама. С друге

стране, увођење тзв. изборних предмета на рачун смањења фонда часова великих и важних предмета, као и полагање неких испита преко тестова и заокруживањем тачних одговора не могу никако да оправдају. Припадам старијој генерацији професора којој је ипак ближи начин организовања студија медицине од пре болоњске реформе.

Како даље унапредити медицинско образовање?

Чини ми се да студенти данас мање времена проводе с пацијентима, па би требало увести обавезно стажирање на свим вишим година медицине и клиничким предметима, где би студенти били потпуно укључени у рад с пацијентима, уз искуства и знања старијих колега.

Доступност информација и најновијих сазнања у медицини је важно и данас много једноставније, али је свакодневни контакт с пацијентима и њи-

Кроз своју професионалну каријеру уверио сам се безброј пута да је знање највеће благо и да успешност нашег здравственог система зависи од умећа и знања људи који учествују у њему. Колико год је неопходно улагати у набавку најмодерније опреме, још је важније улагати у људе и њихово образовање

ховим тегобама неопходан за стицање искуства и практичних знања и вештина без којих се не постаје добар лекар.

Друштвени и економски статус лекара у Србији проблем је с којим се генерације ваших колега суочавају, а чини се да је последњих деценија положај лекара додатно урушен. Шта препознајете као узроке тога и како и сами лекари могу да допринесу побољшању свог статуса у друштву?

Друштвени и економски статус лекара мора да буде примерен деценијама учења и даноноћног рада с пацијентима. Друштво мора да препозна огроман значај лекара у очувању једне нације и да их адекватно стимулише, не само финансијски, већ и добрим условима за рад. Узрок томе вероватно лежи у промењеним животним вредностима које носи савремено доба.

Поборник сам тога да свако треба да ради посао за који је школован и у који се најбоље разуме. Лекари имају задатак и обавезу да лече пацијенте и преносе знања млађим колегама најбоље што умеју и знају, а одговорни у ресорним министарствима да препознају њихов рад и значај за друштво у целини. //

МЕНТАЛНО ЗДРАВЉЕ ЛЕКАРА

ЧИЊЕНИЦЕ ИЗ ПРАКСЕ И ТЕОРИЈЕ

Пише: Др Милица Ристић,
СПЕЦИЈАЛИСТА ПСИХИЈАТРИЈЕ,
РЕ/КБТ ПСИХОТЕРАПЕУТ

„Да ти кажем нешто, ти лекови за расцоложење нису за мене, моју ја тио сам да изиурам. Дрмнем два-три вискија у шоку гана и решен проблем, одмах се орасцоложим и ојустим. А увече пивце, ја сјавам к'о беба!”

„Мени психотерапија стварно не треба, ја све тио знам. Толико људи савештујем сваки дан, штиа има мени неко да јовори како ја да решавам своје проблеме!?”

„Нон-стјој се свађамо! Месецима смо прег разводом! Она ниша не разуме: тио колико ја радим, штиа све поносим на јослу! Сјално ми пребацује да нисам присушан и нон-стјој је љубоморна! Почели смо и прег децом да ломимо ствари по кући! ...Штиа, да одемо на брачно савештовање? Ма не долази у обзир! Свој прљав веш да износим прег неким друјим, и да нас развлаче колеје по кулоарима! Ма, шансе нема!”

„Од када је почела ова пандемија, ја више не знам за себе! Са свих стјрана салећу... Прво у болници, пошом када дођем кући: родбина, пријатељи, познаници познаника! Телефон не пресјаје да звони! Излудећу! ... Штиа кажем? Боловање или одмор да узмем, да ујасим шелефон – ја, јеси ли ти нормална! У овим условима, ја ко ће да ради!?”

„Ако одем код психијатра, штиа ће шјада мислићи људи о мени!? Са јравом ће рећи, види ова је луда – како да идемо на лечење код луде жене!”

„Ја више не знам како да се изборим са овом свакодневном појлавом страједија! Сваки дан, од када је почео Ковид, идеам умирање, јаињу, стјрах у болници. Прешешко је.”



Ово су парафразирани изјаве и реакције мојих драгих другара, колегиница и колега различитих специјалности. У приватним дружењима још се и дотакнемо проблема и тешкоћа. Али, ако им се, поред другарске подршке, предочи да би решење могли пронаћи током психијатријске и/или психотерапијске консултације, ту већ почиње бежанија и скретање са теме.

Цену оваквог односа наспрам сопственог менталног здравља и (не)лечења истог ми, лекари, скупо плаћамо. Бројеви који говоре у прилог томе су тужни и опомињући а ево и примера:

- 1. Процена је да, у редовним околностима, ван пандемије, сваки ЧЕТВРТИ ЛЕКАР има нарушено ментално здравље.**
- 2. Стопа самоубиства међу лекарима женског пола је 2.3 пута виша у односу на општу популацију жена.**
- 3. Стопа самоубиства међу лекарима мушког пола је 1.4 пута виша у односу на општу популацију мушкараца.**
- 4. 28% лекара на специјализацији у Америци развије тешку депресивну епизоду, насупрот 1% њихових вршњака који у Америци нису лекари на специјализацији (Мата, Д. А. ет алт, 2015).**
- 5. Истраживање из 2018. године (Medscape National Physician Burnout and Depression Report) показало је да, међу лекарима који су тестирани позитивно на синдром прегоривања, депресију или оба стања – више од половине не само да никада није примило стручну помоћ, већ су навели да и не планирају да је икада затраже.**

6. Током пандемије Ковид 19, појединачне преваленце анксиозности, депресивности, акутне и продужене реакције на стрес међу лекарима достижу и до 70%.

То значи да од ДЕСЕТОРО у овом тренутку, минимум нас СЕДМОРО лекара има психичких проблема.

Док су ми пред очима ове чињенице, у души вапај: побогу, људи, шта нам се ово дешава!? Шта је то, у нама и око нас, што доприноси да оволико будемо неразумни и неодговорни!?

Циљ овог ауторског текста није да представи научно утемељене одговоре на горе постављена питања.

Овај текст је један од покушаја да замолимо, апелујемо, можда и охрабримо, колегинице, колеге, наше породице, другаре и јавност – да отвореније причамо о менталним проблемима код здравствених радника. Да не исмевамо, већ да разумемо и подржавамо. Да не зовемо лудилом оно што лудило није. У прилог смањене урачунљивости више говоре: недостатак увида у сопствени ментални поремећај и наставак функционисања „као да се

ништа не дешава”, као и негирање и прикривање проблема. Насупрот томе, способност да препознамо психички проблем, као и храброст да се суочимо и лечимо, су одлике ментално здравијег бића.

Није све тако црно. Наиме, већина лекара нема менталне поремећаје. Лекари, углавном, стамено подносе неизвесност, ургентне ситуације, тугу, усамљености, губитке... То је последица чињенице да смо, махом, здраве и храбре личности. Што биолошки, што научено вишегодишњим тренингом, опремљени смо да се добро носимо са стресом и патњом која нас свакодневно окружује. Проблем настаје када претерамо у том „добром подношењу, гурању под тепих” и потискивању, а не приметимо да смо склизнули у психијатријску болест.

Због чега ми, лекари, дуго или заувек ћутимо када нас душа боли?

На основу искуства из свакодневне праксе и на основу ишчитавања, ево неколико размишљања и запажања:



1. Свуда у свету, па и на нашим просторима, постоји дуга традиција ћутања и прећуткивања менталних болести код лекара. Време је да ову традицију мењамо, јер се показала као штетна. До сада су се, као корисне стратегије за успешније лечење и превенцију, показале следеће: отворени разговори, психоедукација, емоционално просвећивање и описмењавање, „нормализација“ психијатријских поремећаја, промоција менталног здравља, промоција здравих навика и понашања, лако доступна стручна помоћ.

2. Понекад се стиче утисак као да нам је неко „хирушки одстриано психу уз нашег тела“ током школовања и праксе. Као да смо систематски научени да занемаримо, ниподаштавамо ту нашу ПСИХУ (али и психу наших пацијената). Можда управо тај изостанак увида у целовитост нашег бића, доприноси да не умемо да видимо психички проблем.

3. Изгледа да нас нико није научио да имамо право да психички оболимо!? Када сте чули неког од наших професора током школовања да нам је рекао да и нама може да се деси анксиозност и депресија, алкохолизам и наркоманија? Част изузецима. Да и ми, здравствени радници, имамо право на лечење и подршку. Нажалост, махом се чују погрдни коментари и исмејавања ако неко од наших колега има менталних потешкоћа. Или се не чује ништа – МУК. Лекари свих специјалности, па чак и сами психијатри, сматрају менталне болести „знаком слабости“.

4. Са разлогом смо забринути да ли ће информације о нашим менталним проблемима остати стварно медицинска тајна. То је један значајан разлог за ћутњу и трпњу нас лекара и наших породица.

5. Ако се сазна, велико је питање како ће то утицати на наше лиценце, репутацију, статус и положај... све то нас, такође, спречава да се јавимо на лечење.

6. Као и људи у осталим професијама које подразумевају „високе функције“ и који су доносиоци важних одлука – тако и наша професија носи са собом „слепу мрљу“, тј. изостанак увида у сопствену погрешивост. Овај еснафски, могли бисмо рећи, патолошки страх од грешке, нас спречава да јасно видимо и препознамо симптоме и знакове сопственог нарушеног менталног здравља. Ако нам је за утеху, у овоме нисмо усамљени. У пракси срећемо сличне особине код адвоката, банкара и финансијских директора, политичара, директора компанија...

7. Склони смо да верујемо да нас, само зато што смо лекари, то чини имуним на психијатријске бо-



лести. „Ментално оболели – то су увек неки други, а не ми.“ Таква уверења су погрешна, нерационална; нису у складу са логиком и реалношћу.

Ми, лекари, имамо право да оболимо од депресије, анксиозности, панике, фобије, опсесивно – компулзивног поремећаја, алкохолизма, поремећаја исхране.... У односу на неке друге професије, наша професија носи са собом већи ризик за психичко обољевање и компликацију одређених менталних поремећаја. Као што смо, радећи у пракси, под већим ризиком да оболимо од инфекција изазваних ковидом, gripом, хепатитисом Б и сл; тако исто смо, због велике изложености изузетно стресним условима током рада, склонији да ментално оболимо.

Како да помогнемо себи ако се испостави да имамо психички проблем или како да га спречимо?

Има пуно тога што би наше друштво, надлежне установе и руководиоци могли да ураде да нама, лекарима, помогну да ментално не оболимо, те да нам створе боље услове за лечење и опоравак када оболимо.

Док се они тога не сете и не покрену на промену, МИ САМИ МОЖЕМО доста да учинимо за себе, за сопствено здравствено благостање:

• **Да дозволимо себи да смемо да имамо ментални проблем.**

И ми смо људи! Нисмо од камена. И ми, лекари, имамо душу. Наша душа сме да пати и има право на негу, одржавање и лечење.

• **Да причамо о својим психичким проблемима са ближњима, породицом, пријатељима, колегама од поверења.**

С обзиром на учесталост психијатријских болести у општој популацији, већина наших саговорника ће нас разумети. Неће нас осудити, подржаће нас. Поделиће са нама своја слична искуства или ће испричати причу о блиској особи која пролази кроз душевну бол. Ти разговори вишеструко могу да помогну: да нас растерете, да се осећамо као да нам је „камен пао са срца“, да схватимо и осетимо да нисмо сами, да се и другима дешава, да се охрабримо и да затражимо помоћ. Док причамо са другом особом и нама самима буде јасније шта нас тачно мучи, тако се и брже долази до решења него када сами „пребирамо и вртимо по својој глави“.

• **Да закажемо преглед, дијагностичку процену и саветовање са психијатром, клиничким психологом или психотерапеутом са националном лиценцом.**

Данас је психијатријска и психотерапијска помоћ доступна у Србији. Поред државних, велики је број приватних ординација и саветовалишта које можете одабрати. Одласци на прегледе, контроле и психотерапијски рад УЖИВО нису више једина опција. Уколико не стижете или у вашем месту нема стручњака, сасвим адекватно и ефикасно психотерапија може да се ради и ОНЛАЈН

• **Да се лечимо, уколико се испостави да имамо психијатријски проблем.**

Да редовно узимамо прописану терапију и да одлазимо на контроле. Да идемо на психотерапију како би убрзали опоравак и превенирали нове епизоде.

- Да одемо на боловање уколико смо болесни.
- Да редовно користимо годишње одморе.
- Да не радимо прековремено.

• **Да избацимо алкохол и наркотице из свог живота.**

• **Да, уз стручно вођење психијатра, добро регулишемо сан.**

• **Да се правилно хранимо, здравим намирницама.**

Да имамо три оброка дневно, плус две ужине.

• **Да вежбамо, бар три пута недељно по 60 минута.**

То могу бити: шетње, планинарења, вожња бицикла или ролера, пливање, јога, вежбање у кућним условима или спортским центрима, групна или индивидуална вежбања под ведрим небом, разгибавања и истезања.

• **Да смањимо време проведено пред екранима, на друштвеним мрежама и на интернету.**

Тако ћемо имати више времена за реални живот у коме се налазе здравији садржаји и доживљаји за нашу душу.

• **Да се више дружимо са људима.**

Повећати круг различитих људи са којима смо у контакту. Да се дружимо и са људима који нису искључиво из наше професије, са нашег радног места. Да обогатимо круг другара и познаника.

• **Да осмислимо нове активности и почнемо да их практикујемо.**

Излагањем пријатним активностима у којима уживамо, ми успостављамо равнотежу. Дајемо сами себи инфузију неког другачијег, по могућности, лепшег и пријатнијег садржаја. Ми, лекари, смо склони да нам се све врти око медицине. Чак и када не радимо, у ствари, радимо. Није медицина једина активност којом треба да се бавимо. Не чини она нашу читаву личност. Наша душа иште нове садржаје, активности и доживљаје. Живот чине и друге ствари: хоби, филмови, путовања, музика, креативно писање, изложбе, позориште, плес, дружење са животињама, проза и поезија, пецање, шетње по природи...

• **Да се чешће и више смејемо, шалимо и хумором да се бранимо од свакодневице.**

• **Да од људи, које смо изабрали да заступају наше интересе (а који ту улогу обављају у нашим струковним удружењима, коморама, министарствима и установама у којима радимо) упорно и**



доследно тражимо: континуиране едукације, превентивне и рехабилитационе програме поводом нашег менталног здравља.

Да инсистирамо на промени радне културе и опхођења поводом менталних болести лекара. Да будемо упорни у томе и да истрајавамо. Да избо-

римо за себе боље услове за рад и бољи баланс између посла и слободног времена.

Ако имате потешкоће да ове стратегије сами спроведете у дело, обратите се нама, психијатрима и психотерапеутима – ми ћемо вам помоћи. //

Шта је телемедицина?

Пише: др Славица Ђуровић

Телемедицина је медицинска пракса на даљину, у којој се интервенције, дијагнозе, терапијске одлуке и наредне препоруке за лечење темеље на подацима о пацијентима, документима и другим информацијама које се преносе путем телекомуникационих система. Телемедицина се може одвијати између лекара и пацијента или између два или више лекара, укључујући остале здравствене раднике.

Често се каже да је то „лечење на даљину“. То је начин пружања здравствених услуга који подразумева коришћење информационих комуникационих технологија.

На интернету постоје различити нивои пружања медицинских услуга од стране лекара, почев од савета, то су популарни онлајн доктори или „гугл“ доктори, до виртуелних прегледа документације и самог пацијента.

У свету су популарне апликације као што су Халодок (Halodoc), Доктор било где (Doctor Anywhere) и Пронађите доброг доктора (Ping An Good Doctor).

Лук Бил-Нилсен, аутор апликације KRY која се користи у Шведској, каже да готово 45 одсто проблема с којима се свакодневно суочавају лекари може да буде решено дигиталним путем.

Истраживачи који су се бавили економским предностима телемедицине тврде да су „виртуелни прегледи“ два пута јефтинији од посета лекару.

У Србији је још 1913. године обављено првих пет прегледа путем телемедицине. Пацијенти из општине Бољевац могли су да добију савет лекара специјалиста из Зајечара, а да не путују у тај град. Прегледи су обављени у присуству стручњака Мреже за телемедицину америчке државе Мисури.

У време ковид епидемије бесплатну телефонску линију за психолошку помоћ грађанима у Србији је употребило 12.000 грађана а чак 11.000 људи се јавило на линију за превенцију самоубиства. Ови подаци су доступни. То су прави примери телемедицине.

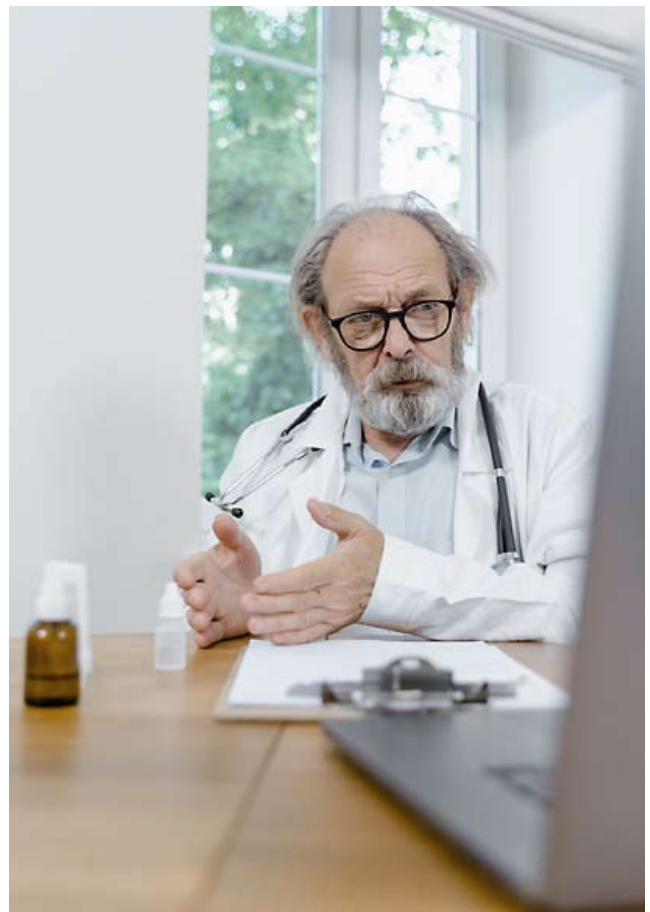
Које су могућности телемедицине?

Ова могућност може бити искоришћена у циљу консултације, дијагностике, у циљу даљинског пра-

ћења одређених параметара (на пример аритмије) или у циљу едукације.

Која су отворена питања везана за телемедицину?

- Када и у којим ситуацијама је треба примењивати
- Постоји ли протокол за контакт са пацијентом
- Постоји ли поштовање приватности пацијента и чување података
- Каква је заштита електронског преноса информација
- Свакако је пресудна одлука лекара о томе да ли је тај пацијент погодан за овакав вид медицинских услуга, првенствено да ли разуме о чему се ради
- Укратко, да ли је то у интересу пацијента.



ИЗЈАВА СВЕТСКЕ МЕДИЦИНСКЕ АСОЦИЈАЦИЈЕ О ЕТИЦИ У ТЕЛЕМЕДИЦИНИ

*Усвојена на 58. седници Генералне скупшћине СМА,
одржане у Којенхајену у Данској у октобру 2007. године и дојуњена
на 69. седници Генералне скупшћине СМА, одржане у Рејкјавику
на Исланду у октобру 2018. године*

ДЕФИНИЦИЈА

Телемедицина представља пружање медицинских услуга пацијентима који се не налазе на истом месту уз свог лекара, коришћењем комуникационих технологија, у којој се интервенције, дијагнозе, терапијске одлуке и наредне препоруке за лечење темеље на подацима о пацијентима, документима и другим информацијама које се преносе путем телекомуникационих система.

Телемедицина се може одвијати између лекара и пацијента или између два или више лекара, укључујући остале здравствене раднике.

ПРЕАМБУЛА

- Развој и примена информационе и комуникационе технологије стварају нове и различите начине бављења медицином. Телемедицина се користи у случајевима када пацијенти нису у прилици да се благовремено обрате одговарајућем лекару због неприступачности, удаљености, физичког инвалидитета, запослења, породичних обавеза (укључујући бригу о другима), трошкова пацијента и распореда лекара. Поседује капацитет да помогне пацијентима са ограниченим приступом медицинској помоћи, као и потенцијал да побољша здравствену заштиту.



- Консултације уживо између лекара и пацијента остају златни стандард клиничке праксе.
- Пружање медицинских услуга путем телемедицине мора бити истоветно пружању медицинских услуга у личном контакту лекара и пацијента, као и поткрепљено доказима.
- Принципи медицинске етике који су обавезни за ту професију такође се морају поштовати у пракси телемедицине.

ПРИНЦИПИ

Лекари морају поштовати следеће етичке смернице када се баве телемедицином:

1. Однос пацијента и лекара треба да се заснива на лично обављеном прегледу и довољном познавању историје болести пацијента. Телемедицину треба користити пре свега у ситуацијама у којима лекар не може бити физички присутан у сигурном и прихватљивом временском периоду.

Такође, може се користити за лечење хроничних обољења или праћење стања након почетног лечења и то само онда када је доказано да је такав начин безбедан и ефикасан.

2. Однос пацијента и лекара мора бити заснован на узајамном поверењу и поштовању. Стога је неопходно да лекар и пацијент буду у могућности да се поуздано идентификују када се користи телемедицина. У случају консултација између два или више стручњака унутар или између различитих надлежности, примарни лекар остаје одговоран за негу пацијента као и за координацију са удаљеним медицинским тимом.

3. Лекар мора да предузме све мере безбедности како поверљивост, приватност и интегритет података пацијента не би били угрожени. Подаци добијени током консултација путем телемедицине морају бити обезбеђени да би се спречио неовлашћени приступ, као и недозвољено коришћење података о пацијенту који се могу идентификовати путем одговарајућих и савремених мера безбедности у складу са локалним законским прописима. Електронски пренос информација, такође, мора бити заштићен од неовлашћеног приступа.

4. Правилна информисана сагласност захтева да се све потребне информације у вези са карактеристикама употребе телемедицине у потпуности објасне пацијентима, укључујући, али не ограничавајући се на објашњавање:

- како функционише телемедицина
- како се заказују прегледи
- приватности
- могућности технолошког неуспеха, укључујући кршење поверљивости

- протокола контакта током виртуелних прегледа
- прописивања политика и координација неге са другим здравственим радницима на јасан и разумљив начин, без утицаја на изборе пацијента.

5. Лекари морају бити свесни да одређене телемедицинске технологије могу бити неприступачне пацијентима и ометати приступ. Неправичан приступ телемедицини може даље повећати јаз у здравственим исходима између сиромашних и богатих.

Аутономија и приватност лекара

6. Лекар не би требало да учествује у телемедицини уколико на тај начин крши законски или етички оквир земље у којој ради.

7. Телемедицина може потенцијално да наруши приватност лекара због виртуелне доступности која траје 24 сата дневно, 7 дана у недељи. Лекар треба да обавести пацијенте о времену своје доступности и да им препоручи медицинске услуге, као што су услуге хитне медицинске помоћи у време када није доступан.

8. Лекар треба да користи своју професионалну аутономију у одлучивању да ли је прикладнија консултација путем телемедицине или уживо.

9. Лекар треба да користи аутономију и дискрецију при одабиру платформе која ће се користити за телемедицину.

Одговорности лекара

10. Лекар чији се савет тражи коришћењем телемедицине треба да води детаљну евиденцију о саветима које пружа, као и информацијама које је добио и на којима се савет заснивао, како би се обезбедила транспарентност.

11. Ако се донесе одлука о употреби телемедицине, неопходно је осигурати да корисници (пацијенти и здравствени радници) буду у могућности да користе неопходни телекомуникациони систем.

12. Лекар мора настојати да осигура да пацијент разуме дате савете и сугестије за лечење и предузме кораке у мери у којој је то могуће за унапређење континуитета неге.

13. Лекар који тражи савет или мишљење другог лекара остаје одговоран за лечење и друге одлуке и препоруке дате пацијенту.

14. Лекар треба да буде свестан и уважава посебне потешкоће и несигурности које могу настати када је у контакту са пацијентом путем телекомуникација. Лекар мора бити спреман да препоручи ди-



ПРЕПОРУКЕ

1. Телемедицина би требало да буде, на одговарајући начин, прилагођена локалним законским оквирима, што може укључивати лицензирање платформи телемедицине у најбољем интересу пацијената.

2. Према потреби, СМА и национална лекарска удружења треба да подстичу развој етичких норми, смерница за обављање прегледа, националног законодавства и међународних споразума о темама повезаним са праксом телемедицине, истовремено штитећи однос пацијента и лекара, поверљивост и квалитет услуге.

3. Телемедицина се не сме сматрати једнаком пружању медицинске услуге уживо и не сме се уводити само ради смањења трошкова или као неодговарајући подстицај пружању прекомерне медицинске услуге и повећања зараде лекара.

4. Употреба телемедицине захтева од струке да експлицитно идентификује и управља негативним последицама на колегијалне односе и обрасце упућивања.

5. Нове технологије и стилови интеграције праксе могу захтевати нове смернице и стандарде.

6. Лекари би требало да се залажу за етичке праксе телемедицине које су у најбољем интересу пацијената.

ректан контакт пацијент-лекар када верује да је то у најбољем интересу пацијента.

15. Лекари треба да се баве телемедицином само у земљама / надлежностима у којима имају дозволу за њено обављање. Консултације између различитих надлежности треба да буду дозвољене само између два лекара.

16. Лекари треба да укључе трошкове телемедицине у накнаду за пружену медицинску помоћ.

Квалитет здравствене неге

17. Мере за процену квалитета здравствене заштите морају се редовно користити како би безбедност пацијента и најбоље могуће дијагностике и праксе лечења током телемедицинских поступака биле пружене.

Пружање услуга путем телемедицине мора следити смернице праксе засноване на доказима у оној мери у којој су доступне, како би сигурност пацијената, квалитет неге и позитивни здравствени исходи били на првом месту. Као и све остале здравствене интервенције, тако и телемедицина мора бити тестирана због ефикасности, постизања жељеног ефекта, сигурности, изводљивости и исплативости.

18. Могућности и слабости телемедицине у хитним случајевима морају бити правилно идентификоване. Ако је неопходно користити телемедицину у ванредној ситуацији, на савете и предлоге лечења утиче озбиљност здравственог стања пацијента и компетентност особа које су са пацијентом. Субјекти који пружају телемедицинске услуге морају успоставити протоколе за упућивање у службе хитне медицинске помоћи. //

170 ГОДИНА ОД РОЂЕЊА ДР ЛАЗЕ К. ЛАЗАРЕВИЋА

// ДР ЛАЗА К. ЛАЗАРЕВИЋ, НАРОДНИ ЛЕКАР, ПРАВНИК, ПИСАЦ, НАУЧНИК. У СВОМЕ КРАТКОМ ВЕКУ, НЕШТО ВИШЕ ОД 39 ГОДИНА, ОСТАВИО ЈЕ НЕМЕРЉИВО КУЛТУРНО И СТРУЧНО НАСЛЕЂЕ. ПОШТОВАН И КАО ПИСАЦ И КАО ДОКТОР, ПЛЕМЕНИТ И ОСЕЋАЈАН, ДАВАО ЈЕ МАКСИМУМ СВОЈЕ ДЕЛАТНОСТИ, ЗАУЗЕВШИ ТИМЕ ПОЧАСНО МЕСТО У ИСТОРИЈИ КЊИЖЕВНОСТИ И МЕДИЦИНЕ //

Рођен је 13. маја 1851. године у Шапцу и са само девет година, изгубивши оца, остаје са мајком и своје три сестре. Живећи у патријархалној породици, уз мајку која се, радећи, жртвовала за њега и сестре, бива јако привржен фамилији и постаје поштовалац традиционалности.

Удаја Лазине сестре Милке за Милорада Поповића Шапчанина, који је био државни чиновник и књижевник у Београду, омогућило му је даље школовање на Великој школи у Београду где је студирао правне науке и дипломирао 1871. године. Исте године добио је државну стипендију за студије медицине у Паризу. На студије не одлази због избијања француско-пруског рата, а потом и Париске комуне.

На обновљеном конкурсима 1872. године добио је државну стипендију за студије медицине у Берлину, чији је Медицински факултет био један од најпрестижнијих у Европи.

Студије, међутим, прекида два пута у периоду 1876–1878. када у Српско-турском рату ради као лекарски помоћник и бива одликован сребрном медаљом.

Иако тек студент медицине, радио је као лекар у ондашњој пољској болници за време оба српско-турска рата 1876. и 1877. године. „Инспектор свих медицинских мисија изузев руских“, бечки хирург

барон Јаромир фон Мунди, после инспекције шабачке болнице записао је о раду Лазе К. Лазаревића: „Задивљен сам његовом стручном спремом, организацијом и његовим радом.“

У „Српским новинама“ 1877. године објављује свој први стручни чланак „О дезинфиковању школа у којима су за време рата биле болнице“.

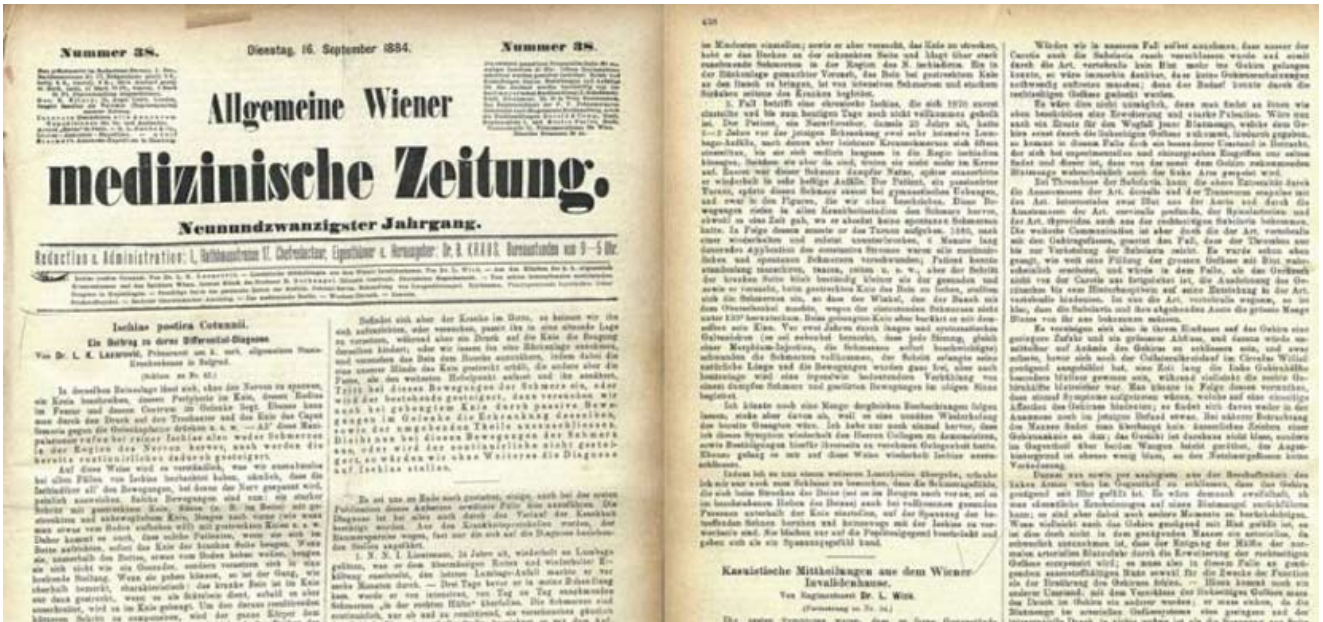
Као резервни мајор у Нишу, 1877, организовао је војну болницу са 1.800 кревета и са свега шест лекара лечио преко 3.000 рањеника. Др Владан Ђорђевић писао је о војној болници и Лазином раду „који ми са засуканим рукама до лаката и крвавом кецељом показа собу где сам имао преноћити, а он се врати на посао...тужан и несрећан“.

Марта 1878. године, по завршетку српско-турског рата, Лазаревић се враћа у Берлин и наставља студије медицине. Године 1879. завршио је студије и стекао научно звање Доктора медицинских наука и хирургије, одбранивши дисертацију под називом „Утицај живе на ткива зечева“.

Промовисан је у звање доктора „целокупног лекарства и хирургије“, што би одговарало данашњем научном звању доктора медицинских наука и хирургије.

Његову дисертацију, што је била изузетна реткост, штампали су у уџбенику Аналитичке хемије 1879.





Чланак др Лазаревића у Wiener Medizinische Zeitung из 1884. године

Наведеним радом др Лазаревић се нашао уз саме утемељиваче токсикологије, али то је само почетак његове научне делатности.

Када се вратио у Београд, почињу да га поштују и као лекара и као писца. Добио је место лекара Београдског округа, а потом је постављен за првог лекара Опште државне болнице.

Основао је прву лабораторију у Варошкој болници и постао шеф Интерног одељења, као извршни клиничар.

Оженио се сестром свога друга Косте Христића, Полексијом, и са њом добио четворо деце.

Лазаревић ће имати ту несрећу да сопственим бацилом туберкулозе зарази своја два сина и изгуби их због туберкулозног менингитиса. Но, и поред сопствене болести и несреће, он напредује у раду и даје допринос како медицинци, тако и књижевности.

Једини је наш писац који је стекао вечну славу са објављених само девет приповедака.

Иако је био писац реализма, поставио је темеље српске психолошке приповетке и може се назвати њеним творцем, а томе је, у првом реду, допринело његово познавање психијатрије кроз лекарску праксу.

Као познати хуманиста, без обзира што у току својих студија од скромне стипендије није имао ни за основне потребе, па се често задуживао, у свакој прилици је помагао сиромашнима, не наплаћујући им своје услуге већ, напротив, врло често плаћајући сам њихове трошкове.

Под утицајем предавања др Јосифа Панчића, почиње да се интересује за научни рад. Залаже се за хигијену, вакцинацију, здравствену просвећеност, а у исто време 1881. оснива прво одељење за гери-

јатрију у закупљеној кући под називом „Одсек за лечење старца“.

За време свог лекарског стажа од једанаест година успео је да објави укупно 78 радова из разних области медицине и то: неурологије, гинекологије, интерне медицине, хирургије, инфектологије, урологије, епидемиологије, токсикологије, јавног здравства, офталмологије и судске медицине.

Прву операцију катаракте у Србији (1886) извео је др Лаза К. Лазаревић, у асептичним условима, применивши кокаин за анестезију.

Први је лекар Србије којег је Министарство унутрашњих дела 1884. године упутило у Беч да изучи справљање анималне лимфе.

Године 1879. постављен је за физикуса Београдског округа, а 1881. године за примаријуса и шефа Унутрашњег одељења Опште државне болнице у Београду.

Због заслуга из области књижевности, 1888. изабран је за члана Српске академије наука.

Наредне, 1889. године постаје лични лекар краља Милана Обреновића и санитетски потпуковник.

Умро је 10. јануара 1891. године у Београду, где се данас налази његова спомен-кућа.

Извори:

Петровски АБ. Српски лекари – књижевници 19. века. Војносанитетски преглед. 2012; 69(8):730-734.

Клиника за психијатријске болести Др Лаза Лазаревић – Београд.

Бабић РР, Станковић-Бабић Г. Лаза К. Лазаревић – доктор, правник, књижевник и у три рата ратник. Медицински преглед 2010;63(5-6):431-436.

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
 ПОВЕРЉИВО
 Број: 52/2021
 Датум: 16.01.2021
 БЕОГРАД



ОДЛУКА ЈЕ ПРАВНОСНАЖНА

Суд части РЛК Војводине

Дана 16.01.2021.

Секретар

ОДЛУКА ЈЕ ИЗВРШНА

Суд части РЛК Војводине

Дана 16.01.2021.

Секретар

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER
 РЕГИОНАЛНА ЛЕКАРСКА КОМОРА ВОЈВОДИНЕ

РЕПУБЛИКА СРБИЈА
 ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
 Регионална лекарска комора Војводине
 СУД ЧАСТИ
 Посл. број: Ди – 166- 11/2019
 Дана: 15.01.2021. године
 Нови Сад

Судско Веће Регионалне лекарске коморе Војводине, у саставу проф. др Владимир Пилија, као председник Већа, спец. др мед. Милан Попов и проф. др Лазар Велички, као чланови Већа, у поступку утврђивања дисциплинске одговорности др Борис Дивић, број лиценце 201580, специјалисте гинекологије и акушерства, запосленог у Општој болници Сремска Митровица, због повреде професионалне дужности и угледа члана Коморе из чл. 195. ст. 1. тач. 2. Статута Лекарске коморе Србије и чл. 40. ст. 1. тач. 2. Закона о коморама здравствених радника, а у вези чл. 7. Кодекса медицинске етике Лекарске коморе Србије, по захтеву истражног судије суда части РЛКВ које се води под посл. бр. Ди-166-748/2019 од дана 24.09.2019. године, на предлог [REDACTED], за супругу [REDACTED], након одржаног главног претреса дана 13.01.2021. године, на нејавној седници истог дана донело је:

ОДЛУКУ

Члан Лекарске коморе спец. др Борис Дивић, број лиценце 201580, специјалисте гинекологије и акушерства, запосленог у Општој болници Сремска Митровица, на основу чл. 234. и чл. 239. Статута Лекарске коморе Србије

ОГЛАШАВА СЕ ОДГОВОРНИМ

Што је:



ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ
ПОВЕРЉИВО

Број: 672/2021

Датум: 15. 01. 2021.
БЕОГРАД

ЛЕКАРСКА КОМОРА СРБИЈЕ • SERBIAN MEDICAL CHAMBER

Број: Дж – 108 – 3/2020
Београд, 04. децембар 2020. године

Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије, именовано решењем председника Врховног суда части Лекарске коморе Србије бр. Дж – 108 – 2/2020 од 25. новембра 2020. године у следећем саставу: мр сци. мед. Ивица Милосављевић, председник већа, др сци. мед. Радослав Радосављевић, проф. др Радован Караџић, др сци. мед. Душан Глигоријевић и др сци. Мед. Душан Вапа, чланови Већа и др спец. мед. Мирослава Јевтић, судије извештач, одржало је 04. децембра 2020. године у Београду нејавну седницу, а поводом одлучивања по жалби бр. Ди 4 – 17/19 – IV, коју је 18. новембра 2020. године изјавила (преко пуномоћника, адв. ██████████ ██████████ из Београда) одговорни лекар, др Наташа Ћебић из Ваљева, против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, бр. Ди 4 – 17/19 – IV од 27. октобра 2020. године, па је ово Веће, на основу одредаба из члана 246. и члана 247. Статута Лекарске коморе Србије, дана 04. децембра 2020. године донело следећу

О Д Л У К У

1. **ОДБИЈА СЕ** жалба бр. Ди 4 – 17/19 – IV, коју је 18. новембра 2020. године коју је преко пуномоћника, адв. ██████████ ██████████, изјавила одговорни лекар др Наташа Ћебић из Ваљева, а против одлуке Суда части Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, бр. Ди 4 – 17/19 – IV од 27. октобра 2020. године, као неоснована;
2. **ПОТВРЂУЈЕ СЕ** Одлука Већа Суда части Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију бр. Ди 4 – 17/19 – IV од 27. октобра 2020. године, којом др Наташа Ћебић, доктор медицине, запослена у ОБ Ваљево у Ваљеву оглашена одговорном и изречена јој је дисциплинска мера Јавна опомена;
3. Свака страна сноси своје трошкове поступка;
4. Ова Одлука је коначна.

Образложење

На Одлуку бр. Ди 4 – 17/19 – IV, коју је 27. октобра 2020. године донело Веће Суда части Регионалне лекарске коморе за централну и западну Србију, којом је др Наташа Ћебић, доктор медицине ██████████ ██████████, оглашена одговорном и којом јој је изречена дисциплинска мера Јавна опомена, жалбу је изјавила именована лекарка (преко пуномоћника адв. ██████████ ██████████ из Београда), дана 18. новембра 2020. године.

Ово Веће Врховног суда части Лекарске коморе Србије је, након разматрања списка предмета, констатовало да је жалба допуштена и благовремена и да се приступа расправљању по овој жалби.

Гласник

Лекарске коморе Србије

