

GODI NA XXXVII

Broj 4

AVGUST 2008. GODINE

^ASOPIS ZA SOCIJALNU MEDICINU,
JAVNO ZDRAVQE, ZDRAVSTVENO
OSI GURAVE, EKONOMI KU, I NFORMATI KU
I MENAXMENT U ZDRAVSTVU

ZDRAVSTVENA K ZASTITA

Ure/iva~ki odbor:

Predsednik:

Prim. dr Ilija Tripkovi }

Glavni i odgovorni urednik:

Prof. dr Predrag Dovijani }

Zamenik glavnog i odgovornog urednika:

Prof. dr Mirjana Martinov-Cvejin }

^lanovi:

Dr Vasilije Anti }

Svetlana Vukajlovi }, dipl. pravnik

Rade Nikoli }, dipl. pravnik

Prof. dr Momir Carevi }

Prim. dr sc. Tava Kne`evi }

Rajko Grgurevi }, dipl. ecc.

Dr Vuko Antonijevi }

Prim. dr Mirjana Velimirovi }

Sekretar:

Milka Tomi }-Kari{ ik }

VLASNIK I IZDAVA^: Komora zdravstvenih ustanova Srbije - Beograd

Za izdava~a: Rajko Grgurevi }, dipl. ecc.

Uredni{ tvo i administracija: 11000 Beograd, Nu{ i }eva 25/1

Tel/f aks: (+381 11) 3615-358, 3615-371; @iro-ra~un: 205-4707-32

Priprema za { tampu: I.P. „Obele`ja“, Patrijarha Joanikija 20a/54, 11 000 Beograd
e-mail: obelezja@yahoo.com

Lektura/Korektura:

Kovicka Dabi }

Tehni~ki urednik:

Sini{ a } etkovi }

Tira`:

500 primeraka

[tampa:

„Seka“, Beograd

^asopis „Zdravstvena za{ tita“ evidentiran je pod brojem YU ISSN 0350-3208 u Bibliografiji Jugoslavije, serijske publikacije. Sa ovim YU ISSN brojem na{ i }e se u svetskoj bazi o serijskim publikacijama (ISSN baza) sa sedi{ tem u Parizu.

^lanci iz ~asopisa objavljeni su u Bibliografiji Jugoslavije. ^lanci i prilozi u serijskim publikacijama, Serija B.

Rezi mei ~lanaka objavljuju se i u SCindeksu (Srpski citatni indeks) pri Narodnoj biblioteci Srbije i COBISS.SR-ID

Sadržaj

Stručni i naučni radovi

Dr Margaret ^en, generalni direktor Svetske zdravstvene organizacije - Integralni tekst govora sa 57. zasedawa Regionalnog komiteta za Evropu, Beograd, Srbija, 18. septembar 2007. godine	1
<i>Dr D. Duki }</i>	
Zdravstvene potrebe vulnerabilnog stanovništva i pristupačnost lekara opšte prakse na početku pilot projekta „Paket osnovnih zdravstvenih usluga u Domu zdravlja Krajevo“	7
<i>Dr K. Savić-Joci}, mr. sc. dr V. Horozovi }</i>	
Satisfakcija pacijenata u KBC Zemun u zavisnosti od načina angažovanja stalnog lekara i stalne medicinske sestre ...	17
<i>Dr S. Pajić-Savić}, dr S. Toković }</i>	
Problem upotrebe alkohola kod srednškolske omladine.....	23
<i>Dr Q. Bawanac, dr D. Tendjera Milićević}, dr N. Vuković}, dr D. Kačević }</i>	
Informisanost anketiranih o pravima pacijenata u Zdravstvenom centru „Studenica“ - Krajevo	29
<i>Dr Z. Brajović}, dr B. [učić}, dr V. [učić}, dr sc. med. M. Bogdanović}, prim. dr V. Bogdanović }</i>	
Cervikalni i lumbalni sindrom kod radnika pregledanih na Institutu za medicinu rada	35
<i>Prim. dr P. Dujanović }</i>	
Osnovni zadaci glavne medicinske sestre	41
<i>Dr N. Vučević }</i>	
Lekar i bolnica.....	51
Akcioni plan	
Strategije razvoja zdravstvene zaštite u Beogradu do 2010. godine za oblast primarne zdravstvene zaštite - domovi zdravlja -	57

Iz prošlosti zdravstva Srbije	61
<i>A. Markovi}</i> Vek intelektualne elite	63
<i>S. Dimitrijevi}.</i> Pokolewima na dar.....	65
<i>O. Popovi}</i> Ogwi{ te srpske medicine.....	69
<i>M. Pe{i}</i> Zabadava dobiste, zabadava dajte.....	71
Vesti i novosti iz zdravstva i o zdravstvu	73
Izveštaji sa stručnih i naučnih skupova	
[esta ministarska konferencija „@ivotna sredina za Evropu“, Beograd, Srbija, 10–12. oktobar 2007.	83
Marketing orijentacija u zdravstvu	89
Trinaesti kongres Evropskog udru`ewa bolni~kih farmaceuta (27-29. februar 2008., Mastriht).....	93
[esnaesti kongres medicinske biohemije.....	95
Prikaz knjiga	
Prof. dr B. Radulovi} Institut za ortopedsko-hirur{ ke bolesti Bawica: pedesetotogodi{ wi jubilej	97
Prof. dr Q. Todorovi} i dr Q. Vu~kovi}-Deki} Komunikacija u biomedicinskim naukama.....	98
I. R. Jovanovi}, D. S. Popovi}, J. A. Marinkovi} Celijakija - od saznanawa do razumevawa.....	99
In memoriam	
Prof. dr \or e Kozarevi}.....	101
Prof. dr Bo`idar ^olakovi}.....	103
Uputstvo autorima	105

Dr Margaret ^en, generalni direktor Svetske zdravstvene organizacije

**- Integralni tekst govora sa 57. zasedawa
Regionalnog komiteta za Evropu, Beograd, Srbija,
18. septembar 2007. godine -**

Va{ a ekjelencijo, gospodine predsed-
ni~e, gospodine predsedavaju}i, po-
{ tovani ministri, uva`eni delegati,
dame i gospodo, ovo je na{ regionalni di-
rektor dr Danzon.

Kasnih osamdesetih godina dr`avni
zdravstveni sektor u ovom regionu tra`io
je smernice koje bi ukazale na put za re{a-
vawe specifi~nih zdravstvenih problema
koji su se u to vreme prvi put pojavili ili
barem postali evidentni u bogatim, visoko
razvijenim zemqama.

Ovo je bio unif ormno razvijen regi on, sa
visokim `ivotnim standardom i dugim pro-
se~nim `ivotnim vekom. Ministri zdravqa
su imali za ciq da dobro zdravstvo u~ine
jo{ boqim.

Ovaj regi on je pokazao { iroko interesova-
vawe za determinante zdravqa, a naro~ito
veliki zna-aj davan je preventivi i merama
za unapre|ewe zdravqa.

Ova Kancelarija je radila pi onirski po-
sao u oblasti zdravstva i za{tite `ivotne
sredine, i tako podstakla multisektoralni
pristup poslu.

Evropske zemqe su predvodile aktivnosti
na prevenciji hroni~nih bolesti i dale su
prioritet faktorima `ivotnog stila kada o-
wima govorimo u kontekstu o~uvawa zdravqa.

Ovaj regi on je promovisao zdravu i shranu,
zdrave gradove, zdrave { kole, zdrava radna
mesta i zdravqe imigracione populacije.

Od po~etka je ovaj regi on imao sveobuhva-
tan pristup specijalnim zdravstvenim po-
trebama starije populacije i predvideo je da
{e demografsko starewe postati jedan od
najva`nijih problema u bli`oj budu}nosti.

To su bili hrabri koraci za to vreme.

Ko je mogao da pretpostavi da }e ovi pro-
blemi, nazvani „luksuznim“ u svetu bogatih
nacija, postati goru}i zdravstveni problemi
{ irom sveta u prvoj deceniji 21. veka?

Dame i gospodo, sve vi{e i vi{e zdrav-
stveni problemi sveta oblikuju se od stra-
ne mo}nih sila.

Sve vi{e i vi{e dr`avni zdravstveni
sektori se nalaze pred izazovom re{avawa
veoma kompleksnih problema.

Urbanizacija je postala goru}e pitawe
usled porasta broja stanovnika u urbanim
podru~jima, koje je najbr`e u zemqama u raz-
voju.

Kako se potra`wa za energijom i tran-
sportom pove}ava, zaga|en gradski vazduh i
posledi ce nagomilavawa gasova staklene ba-
{ te, poprimaju obele`je urgentnog global-
nog problema.

Ve}ose}amo posledi ce globalnog zagre-
vawa.

Globalizacija je uveliko pomogla prihva-
tawu promena u na~inu `ivota koje su ~e-
sto lo{e uticale na zdravqe.

Hroni~ne bolesti, koje se ve}du`e vre-
me vezuju za bogata dru{tva, dislocirane su.
Slabo i sredwe razvijene zemqe trenutno
podnose najve}i teret ovih bolesti.

Gojaznost, koja je poprimila oblike epi-
demije u Evropi, sada je globalni problem.
Nijedan regi on nije po{ten.

Zdravstvene potrebe starije populacije
jesu goru}e pitawe. Svakog meseca skoro mi-
lion qudi { irom sveta napuni {ezdeset go-
dina. Osamdedset odsto ovih qudi `ive u
zemqama u razvoju.

Finansi rawe zdravstvenog sektora je postalo veoma va`no, ako ne i goru}e pitawe.

Ovo je delimi~no posledica novih zahteva koji su postavqeni pred zdravstvene sisteme i zdravqe porodice, a koji su uzrok pojave hroni~nih bolesti.

Ovo je tako|e posledica i probu|enog interesa za postizawe ravnopravnosti i smawewe siroma{tva koji su definisani Milenijumskim razvojnim ciqevima.

Logika je ovde veoma jednostavna. Ukoliko `elimo da na{e zdravstvo funkcioni{e u skladu sa strategijom smawewa siroma{tva, onda ne mo`emo dozvoliti da tro{ko vi le~ewa jo{ dodatno osiroma{e ionako siroma{na doma}instva.

Tokom proteklih nekoliko godina nagla{ena je potreba za ja~awem zdravstvenih sistema koji su sada postali predmeti svih debata o razvoju. O ovome }u ne{to vi{e re}i malo kasnije.

Multisektoralni pristup, koji je prvi put po~eo da se primewuje kada su evropski ministri zdravqa i za{tite `ivotne sredine po~eli da sara|uju, sada zauzima centralno mesto u Milenijumskim razvojnim ciqevima.

I spuwwem ovih ciqeva u korenu se seku uzroci siroma{tva, dok je uticaj ispuwewa samih ciqeva veoma kompleksan.

Ono {to je najva`nije za nas jeste ~iwenica da se ovi ciqevi bore za presudnu ulogu koje zdravqe ima u privrednom napretku, te podi`u ulogu zdravqa na jedan vi{i nivo.

Zdravqe vi{e nije samo obi~an potro{a~ resursa. Ono je proizvo|a~ ekonomskog porasta. Uprkos kompleksnim problemima sa kojima se suo~avamo, ova uzvi{ena uloga koja se pridaje zdravqu daje nam razloga da budemo optimisti~ni.

Dame i gospodo, zdravqe u Evropi se tako|e nalazi pod sna`nim uticajem geopoliti~kih snaga.

Zdravstveni problemi povezani sa visokim nivoom razvoja jo{ uvek su prisutni, ali op{ta situacija u Evropi je dramati~no druga~ija od one u kasnim osamdesetim godinama pro{log veka.

Ne tako davno me|unarodna zajednica je smatrala da su razlike u postignu}ima u zdravstvu izme|u zemaqa jasno bile definisane po geografskom principu – Sever i Jug.

Ovde, u Evropi, postoje razlike izme|u I stoka i Zapada, a u celom svetu razlike izme|u siroma{nih na selu, siroma{nih u gradu i stanovnika bogatih urbanih sredina.

Kao {to je re~eno u jednom dokumentu koji je bio predstavljen ovom Komitetu, Evropa ima podru~ja i podgrupe gde je stopa smrtnosti kod majki i beba toliko ozbiqna, ako ne i izjedna~ena sa onom u Podсахarskoj Africi i Ju`noj Aziji.

Zemqe istoka Evrope imaju jednu od najve}ih stopa obolelih od tuberkuloze koja je rezistentna na mnoge lekove (tzv. MDR TB).

Ove zemqe susre}u se sa jo{ vi{e uznemiravaju}im trendom: pojavom ekstenzivno rezistentne tuberkuloze ili XDR-TB. Ovaj vid oboqewa je prakti~no nemogu}e le~iti, uz smrtnost od 98 odsto.

Na{a rawivost na ove pretwe je podeqena. Na{ odgovor – bilo to u samoodbrani ili iz po{tovawa prema na{em zajedni~kom ~ove~anstvu – mora biti kolektivna akcija, zasnovana na raspodeli odgovornosti.

Zarazne bolesti su u porastu. XDR-TB se {iri. Zaga|ewe vazduha i vode se pove}ava.

Globalni dometi marketinga i distribucije dovodi do promena u stilu `ivota, koje ubrzavaju rast hroni~nih oboqewa.

Tr`i{te rada je globalizovano. Pred vama je prilog o politici vezanoj za zaposlene u zdravstvu.

Svi regioni tra`e na~ine da iza|u na kraj sa univerzalnim nedostatkom adekvatno obu~enih, motivisanih i ve{tih medicinskih radnika.

Svi se mi trudimo da re{imo ove i sli~ne probleme.

Postoji jo{ jedna nagrada za na{e zajedni~ke napore. Dobro zdravqe doprinosi stabilnosti i osnova je prosperiteta.

Stabilan i prosperitetan region slu`i interesima svake zemqe.

Dame i gospodo, kad sada mislimo o tome, dobro je za zdravçe na globalnom nivou da je rukovodstvo u Evropi imalo po~etnu prednost u razumevawu ovih pitawa i formulisawu planova akcije za wihovo re{avawe.

Sa ovom predno{u Evropa je u dobroj poziciji da predvodi me|unarodno zdravstvo u pogledu mnogih dana{wih najproblemati--nijih pitawa.

Bez ikakve sumwe evropski politi~ki lideri imaju sna`an uticaj na zdravstvenu politiku na globalnom nivou.

Ovo pogotovo potvr|uje tradicionalni fokus ovog regiona na preventivan pristup, na pona{awe koje promovije zdravçe, kao i na vezu izme|u postignu}a i performansi zdravstvenih sistema.

Ovo iskustvo }e nam biti od velikog zna~aja na globalnom nivou. Ono predstavlja vrednost koju treba sa~uvati i verujem da se wena vrednost samo mo`e uve}avati.

Podrazumeva se da re{avawe mnogih problema sa kojima se suo~avate u Evropi, ukqu~uju}i pitawa postavçena pred ovaj Komitet, ima globalan zna~aj.

Ako prona}ete na~in da smawite zavisnost od bolni~ke nege, ceo svet }e imati koristi od toga.

Ovo se naro~ito odnosi na ku}nu negu za stare i primarnu zdravstvenu negu za majke, bebe i malu decu.

Ako va{ Akcioni plan za hranu i ishranu umawi broj slu~ajeva oboçewa izazvanih agensima koji se nalaze u hrani i ishranom, ceo svet }e imati koristi od toga.

Verujte mi, znam koliko je ovo pitawe komplikovano, koliko je te{ko da pitawe zdravça zvu~i najubedçivije kada je toliko drugih faktora prisutno.

U vezi sa ovim, ovaj region ima jo{ jednu prednost na svojoj strani: ve{to kori{ }ewe strate{ke, ubedçive mo}i doka-za.

Slede}e godine ova Kancelarija }e sazvati ministarsku konferenciju o ja~awu zdravstvenog sistema. Ako ova Konferencija bude mogla da defini{e efikasne strategije i dobru praksu za unapre|ewe per-

formansi zdravstvenog sistema, ceo svet }e imati koristi od toga.

Govore}i o svemu ovome, moramo naglasi-ti da postoji i jedna zna~ajna mana.

Ukazujem na percepciju, ponekad pri metnu na globalnom nivou, da je Evropa u stawu da sama re{i sve svoje zdravstvene probleme.

Ponekad su zemçe isto~ne i centralne Evrope zanemarene kada se raspore|uje i do-deçuje pomo} za razvoj.

Kako je to jasno re~eno u dokumentaciji koja je pred ovim Komitetom, tradicionalni zdravstveni sistemi u nekim delovima ovog regiona jednostavno su kolabirali.

Jo{ uvek nisu zameweni alternativnim sistemima koji su u stawu da iza|u na kraj sa velikim brojem nezadovoçenih zdravstvenih potreba, na sveobuhvatan i fer na~in.

Dame i gospodo, izve{taj o Milenijumskim ciçevima razvoja, koji je pred ovim Komitetom, posebno nagla{ava smrtnost porodiça i novoro|en~adi

On nudi duboku analizu zdravstvenih sistema i wihovih neadekvatnosti.

Ovo je potpuno u skladu sa globalnim stavom i razmi{çawem kada `elimo da procenimo koliki je sveukupni napredak ka ostvarivawu ciçeva.

Globalno, najve}i je izazov ostvariti ciçeve kod zdravça porodiça i dece. Da bi se ovi ciçevi ostvarili, zdravstveni sistem koji dobro funkcioni{e od neproce-wivog je zna~aja.

Broj smrtnih slu~ajeva usled komplikaci-ja u trudno}i i prilikom ra|awa i daçe je na izuzetno visokom nivou, uprkos naporima u~iwenih tokom vi{e od dve decenije.

Broj smrtnih slu~ajeva ne}e biti zna~ajno umawen sve dok vi{e `ena ne bude imalo pristup obu~enom osobqu prilikom poro|aja i urgentoj aku{erskoj nezi.

Pro{le godine je pokrivenost rutinske de~ije vakcinacije dostigla rekordan nivo zahvaçuju}i posve}enosti ministra zdravça i podr{ci GAVI Alliance-a.

Ali, smrtnost dece ne}e biti bitnije smawena sve dok vi{e novoro|en~adi, odoj~adi i male dece ne budu imali klini~ku ne-

gu za nedono{ ~ad, asf iksiju, zapaqewe plu- }a i dijareju.

Jo{ jednom, potreba za zdravstvenim si- stemom koji dobro funkcionizira od nepro- cewivog je zna~aja.

Dokument koji je pred ovim Komitetom daje naro~ito upe~atljivu izjavu. On ka`e:

I skustvo na regionalnom novou je poka- zalo da nedovoqni kapaciteti u podru-ju zdravstvenih sistema predstavqaju nepremo- stivu prepreku u ostvarivawu Milenijum- skih ciqeva razvoja.

Da. Nepremostivo, osim ukoliko se stva- ri ubrzo dramati~no ne promene u odgova- rajujem pravcu.

Funcionisawe zdravstvenog sistema – ka- ko god da ga definiemo – meri se wegovim zdravstvenim u~inkom.

Da vas podsetim: na{ a sposobnost da po- stignemo milenijumske razvojne ciqeve ko- ji se odnose na zdravstvo, ne}e se meriti na- cionalnim prosecima.

Meri}e se tim koliko smo sposobni da se pribli`imo siroma{ nima, sa sveobuhvatnom negom u odgovaraju}em opsegu.

To je ono u ~emu nismo uspe{ ni. Siroma- { ni uglavnom `ive u te{ ko dostupnim me- stima u Evropi i { irom sveta.

@ive u udaqenim seoskim podru~jima ili u urbanim sirotijskim ~etvrtima, ili su besku}nici. Nedovoqan kapacitet zdravstve- nog sistema da dopre do ovih qudi jeste zna~ajna prepreka.

Milenijumski razvojni ciqevi koji se odnose na zdravstvo, a ti~u se zdravqa de- ce i majki obolelih od HIV-a, tuberkuloze i malarije, imaju najmawe {anse da budu is- puweni.

To su oni ciqevi koji neposredno odre- |uju `ivote i smrt miliona qudi.

Ovo su zadaci koji imaju mo}no oru`je za svoje ostvarewe – prvoklasne vakcine, leko- ve i druge pouzdane metode.

Kako mo`emo a da ne uspemo? Da li je prepreka zaista nepremostiva?

Vidim neke ohrabruju}e znake da se stva- ri zaista dramati~no mewaju, i to u dobrom pravcu.

Po~etkom meseca prisustvovala sam po- kretawu Me|unarodnog zdravstvenog part- nerstva (International Health Partnership), zajed- no sa premijerima Gordonom Braunom i nor- ve{ kim Jansom Stoltenbergom i rukovodi- ocima drugih glavnih agencija i fondova koji rade na unapre|ewu zdravqa.

Ovo partnerstvo je pokrenuto kako bi se odgovorilo na spor napredak u dostizawu zadatih ciqeva u vezi sa zdravstvom. Ono je usmereno na dve glavne prepreke za uspeh: neadekvatan sistem pristupa, pru`awa po- mo}i i wena neefikasnost.

Ovo je ispit prave re{enosti. Kada ne- ma napretka, potrebno je stati, oceniti raz- loge za to, ubaciti u brzinu i ubrzati ak- ciju. To se i desilo.

Tim povodom me|unarodne agencije iska- zale su svoju re{enost da rade zajedno, uz bo- cq koordinaciju, sa jasno definisanim ulo- gama u ostvarivawu zajedni~kih ciqeva.

Ovo se poklapa sa obimnim planom re- formi Ujediwениh nacija, u kojem je Svet- ska zdravstvena organizacija u punoj meri anga`ovana.

Dame i gospodo, za osam meseci koliko sam na ovom polo`aju, zapawila me je sli~- nost problema u zdravstvu u svim regioni- ma, kao i zajedni~ke te`we vode}ih qudi u zdravstvu.

Zdravstvo {irom sveta prakti~no vodi istu borbu na tri razli~ita fronta.

Prvo, borimo se protiv stalnih promena u svetu mikroba,

Drugo, borimo se da promenimo pona{ a- we qdi,

Tre}e, borimo se da privu~emo pa`wu i obezbedimo izvore finansirawa.

Na me|unarodnom nivou, posve}enost Mi- lenijumskim razvojnim ciqevima obezbedila je zdravstvenu pa`wu i izvore finansirawa bez presedana. Posve}enost ovim ciqevima podstakla je ono najboqe od qudske snala- `qvosti.

Nalazim za shodno da spomenem neke sko- ra{ we inovacije, naro~tio zbog toga {to je evropsko rukovodstvo imalo va`nu ulogu u wi hovom ostvarewu.

Mislim na UNITAID program kupovine lekova, koji se finansira od taksi na avio karte.

Mislim i na International Finance Facility for Immunization (Me|unarodna institucija za finansiranje imunizacije), koji }e finansirati imunizaciju 500 miliona dece do 2015. godine.

Tako|e mislim i na Advanced Market Commitments (Moderno tr`i{ no anga`ovawe) kao podsticaj razvoju novih vakcina za zemqe u razvoju.

Svi znamo da su pitawa koja se ti~u razvoja i cena novih proizvoda za zemqe u razvoju veoma slo`ena.

@elim da iskoristim ovu priliku da se zahvalim evropskim zemqama i Evropskoj komisiji za njihov doprinos Me|uvladinoj radnoj grupi za javno zdravqe, inovacije i intelektualnu svojinu.

U na{ o] borbi protiv sveta mikroba, koji se stalno mewa, imamo podr{ ku zna~ajno oja~anih Me|unarodnih zdravstvenih propisa, koji su stupili na snagu u junu.

Prepravqene Regulative udaqavaju se od prethodnog fokusa na pasivnim barijerama nacionalnih granica ka strategiji proaktivnog upravqawa rizicima.

Ova strategija ima za cilj rano otkrivanje slu~aja i wegovo zaustavqawe u korenu pre nego dobije mogu}nost da postane me|unarodna pretwa.

Ova strategija u velikoj meri osna`uje na{ u kolektivnu za{ titu i pove}ava preventivnu mo} ovih propisa.

Nikada vi{ e ne smemo dozvoliti bolesti ma kao { to je HIV/SIDA da se provuku porred na{ ih nadzornih i kontrolnih mre`a.

@ivimo pod zlokobnom pretwom pandemije influence ve} ~etiri godine.

^esto su me pitali da li je napor ulo`en u pripravnost u slu~aju pandemije beskorisno bacawe novca. Da li je zdravstvena javnost upozoravala isuvi{ e ~esto i isuvi{ e glasno?

Nikako! Pandemije su pojava koja se ponavqa. Mi ne znamo da li }e virus H5N1 izazvati slede}u pandemiju. Ali znamo slede}e: svet }e pogoditi jo{ jedna pandemija influence pre ili kasnije.

Nedavna zabrinutost je podstakla ogromna istra`ivawa i znamo mnogo vi{ e o virusima influence i pandemijama nego pre ~etiri godine.

Najva`nije je to { to je stawe pripravnosti za pandemiju iz temeqa oja~alo nacionalne i internacionalne kapacitete za borbu protiv pandemija.

Pojava marbur{ ke hemoragijske groznice u Ugandi pro{ log meseca vrlo brzo je zaustavqena, pre nego { to je imala priliku da postane nacionalna ili internacionalna pretwa.

Ministar zdravqa me je obavestio da je pojava vrlo brzo stavqena pod kontrolu aktivirawem plana pripravnosti za pandemiju influence. Sve procedure su bile spremne i sve je teklo glatko.

U na{ o] borbi za promenu qudskog pona{ awa, posedujemo jo{ jedno mo}no internacionalno oru`je.

Okvirna Konvencija o kontroli duvana postala je jedna od naj{ ire prihva}enih sporazuma u istoriji Ujedinjenih nacija.

To je preventivna medicina, na globalnom nivou, u svom najboljem svetlu.

Evropske vo|e su imale uticajnu ulogu u izradi oba instrumenta, a Evropska unija imala je ulogu modela.

Kao prvo, ona je dala sna`an, koordiniran i unificiran doprinos pripremim procesima. Kao drugo, obavezala se da }e ih primeniti prilago|avaju}i globalnu politiku specifi~nim situacijama Evropske unije i njenih zemaqa ~lanica.

Me|unarodni instrumenti, kao ovi, poti~u od na{ e zajedni~ke podlo`nosti pretwama koji su sve vi{ e globalnog karaktera.

Oni otelovquju na{ u kolektivnu odgovornost i izra`avaju na{ u solidarnost u zdravstvenim problemima.

Ovo su kvaliteti za koje verujem da }e postati sve va`niji sa napretkom ovog veka sa svim svojim slo`enim zdravstvenim izazovima

Dame i gospodo, na kraju se moram osvrnuti i na klimatske promene. Najboqi svetski nau~nici nam govore: qudske aktivnosti

su dovele do klimatskih promena na ovoj planeti. Efekti se već osećaju.

^ak i ako emisija gasova staklene baš te prestane danas, promene koje već vidimo nastaviće da se događaju tokom ~itavog ovog veka.

U ovom trenutku naglasak je na sposobnosti ~udske vrste da se prilagodi promenama koje su postale neizbe`ne.

Klimatske promene }e na izuzetno {tetan na~in uticati na neke od najosnovnijih determinanti zdrav~a: hranu, vazduh, i vodu.

Zagrevawe planete bi }e postepeno, ali sve ve}a u~estalost i ozbi~nost ekstremnih vremenskih događaja - sna`ne oluje, toplotni talasi, su{e i poplave - bi }e nagli i posledice }e se ose}ati direktno, a to }e se najvi{e odnositi na zdrav~e.

Svi smo ~uli za pusto{ewa prouzrokovana ki{ama u ve}em delu Afrike, najgorim u zadwih 35 godina. Posledice na zdrav~e su ogromne, istovremeno i trenutne i dugoro~ne.

Kao {to smo se dugo borili da obezbedimo zdravstvu {to vi{e mesto na dnevnom redu razvoja, sada se moramo boriti da smestimo probleme zdravstva u centar dnevnog reda koji se odnosi na klimatske probleme.

Li~no verujem da }e neizbe`nost klimatskih promena u~initi da shvatimo postizawe Milenijumskih razvojnih ciljeva kao nu`nost.

Zem~e koje su postigle osnovni standard `iv~ewa, podr`ane adekvatnm zdravstvenim infrastrukturama, bi }e u stawu da se najbolje prilagode.

One }e najbolje mo}i da se izbore sa dramati~nim promenama koje već nailaze.

Jo{ jednom, zahvalni smo {to evropske vo|e tako zna~ajno predwa~e u suo~avawu sa posledicama promena u `ivotnoj sredini na zdrav~e.

Jo{ jednom, ~itav svet mo`e imati koristi od va{eg iskustva na ovom po~u, a koje mo`e postati najizazovnije od svih.

Hvala Vam.

Zdravstvene potrebe vulnerabilnog stanovništva i pristupa~nost lekara op{te prakse na po~etku pilot projekta „Paket osnovnih zdravstvenih usluga u Domu zdravca Krajevo“

D. Dukic }¹

Health needs of vulnerable population and accessibility of General Practitioners at the start of "Basic Health Services Pilot Project, Kraljevo"

Danijela Dukic, M.D., D.P.H.

Sa`etak. Uvod: Op{te uru{avawe i propadawe dru{tva, iz posledwe decenije pro{log veka, odrazilo se na zdravstvene probleme i pristupa~nost lekaru op{te prakse i primarnoj zdravstvenoj za{titit stanovništva op{tine Krajevo, a posebno grupacija stanovništva koje je u nepovoljnom polo`aju.

Ciq: Proceniti vulnerabilnost stanovništva op{tine Krajevo, wihove osnovne zdravstvene probleme i pristupa~nost lekara op{te prakse.

Metod: Istrawawe je ra|eno po tipu studije preseka, u okviru Pilot projekta „Osnovne zdravstvene usluge Dom zdravca Krajevo - op{tina Krajevo“.

Kao instrument istrawawa kori{ }en je upitnik dizajniran na osnovu sli~nih istrawawa kod nas i u svetu. Uzorak je bio dvoetapno randomizovan uzorak klastera doma}instava.

U statisti~koj analizi podataka je kori{ }en SPSS (Statistical Package for Social Science, 10.0). Hipoteze istrawawa su testirane X^2 testom i Studentovim T- testom.

Summary. Background: Dramatic decline in the living standards, during last decade of last century affected health situation and accessibility of General Practitioners, and Primary Health Care of population in Kraljevo municipality, especially the most vulnerable categories of the population.

Study objective: Assessment of vulnerability of population of Kraljevo municipality, their basic health needs, and accessibility of General Practitioners.

Design and methods: The study was cross sectional, health interview survey with representative sample of two stage randomized cluster of households of the population of Kraljevo municipality.

The mode of data collection was face to face interview with specially designed questionnaire. Statistical Package for Social Science (SPSS) was used for statistical analysis of data, and hypothesis were tested with X test and T test.

Results: In Kraljevo municipality, below poverty level was 69,2% of domicile population, 84,8% of internally displaced, and 75,7% refu-

¹ Dr Danijela Dukic, Institut za javno zdravce Srbije „Dr Milan Jovanovic}-Batut“, Beograd.

* Rad saop{ten na Nau-no-stru-noj konferenciji socijalne medicine, 25-26 oktobar 2007. godine, Velika Plana.

Rezultati: U kategoriju siroma{nih spadalo je 69,2% domicilnog, 84,8% rasećenog i 75,7% izbeglog stanovništva ($p < 0,01$). Zdravce je bilo redovan izvor problema kod 48% stanovnika, i od njih kod 44,3% to je bila hipertenzija, kod 29,4% bolesti mi{ino{t anog sistema, a 20% je smatralo da su srčana obočewa – infarkt njihov osnovni zdravstveni problem. Od 91,8% stanovnika koji su se u slučaju bolesti prvo obra}ali lekaru op{te prakse, njih 68,9% nije imalo odre|enog lekara kod kog su odlazili kada su bolesni. Vi{e od polovine stanovnika, bez obzira na nivo siroma{tva, smatralo je da je ~esto me|ewe lekara glavni razlog zbog kojeg nemaju i zabranog lekara. U grupi apsolutno siroma{nog stanovništva, skoro svaki peti (21,9%), a u grupi ispod nacionalnog nivoa siroma{tva svaki deseti stanovnik (9,7%) nije imao lekara blizu mesta stanovanja. U grupi stanovnika iznad nacionalnog nivoa siroma{tva skoro svaki deseti (9,9%), smatrao je da nema prava da bira lekara.

Zaključak: Siroma{tvo je bilo veoma rasprostraweno u op{tini Kračevo, a jedna od značajnih determinanti siroma{tva bio je i boravi{ni status. Jedan od glavnih zdravstvenih problema kod najve}eg broja stanovnika bila je hipertenzija, {to je od velikog značaja ako se ima u vidu da je ona jedan od glavnih faktora rizika u na{ojoj populaciji.

I ako se najve}i broj stanovnika u slučaju bolesti prvo obra}ao lekaru op{te prakse, ve}ina nije imala svog odre|enog lekara. Naj~e}e se kao glavni razlog nepostojanja odre|enog lekara navodila organizacija rada u domu zdravca koja je dovodila do ~estog me|ewa lekara.

ges ($p < 0,01$). Almost one half (48%) of the respondents considered their health as a regular source of problems, and out of those it was found that 44,3 % considered, hypertension as the main problem with their health, 29,4% considered chronic osteo-muscular condition and 20% considered that heart disease/ infarction was the main problem of their health. It was found that 91,8% of respondents claimed that, if they were sick they would seek care first with a doctor (General practitioner), but 2/3 respondents didn't have regular doctor. Out of those not having a regular doctor (68,9% in total), around 1/2 respondents thought that reason for not choosing a regular doctor was that doctors were changing all the time. Almost 21,9% people who belonged in a group of absolutely poverty level, and 9,7% people below national poverty level didn't have doctor near the place where they lived. Almost 9,9% residents who lived above national poverty level considered that they didn't have right to choose a doctor ($p < 0,01$).

Conclusion: Poverty was very extensive in Kraljevo municipality, and residential status was one of important determinants of poverty. Hypertension was one of main health problem. Although almost all population would seek care first with GP (general practitioner) if they were sick, majority of them didn't have regular doctor. Out of those not having a regular doctor majority thought that reason for not choosing a regular doctor was that doctors were changing all the time.

Uvod

Posledwa decenija pro{log veka bila je svedok velikog broja humanitarnih katastrofa me|u kojima se isticao i region Balkana. Nepovoćni `ivotni uslovi kojima je bila izlo`ena Savezna Republika Jugoslavija, a koje su karakterisa-

li: raspad zemce, ratni sukobi, ekonomske sankcije, ekonomska i dru{tvena kriza, NATO bombardowa i brojne migracije, dovele su do op{teg dru{tvenog propadawa koje se odra`avalo na sve sfere `ivota¹.

Nakon oktobra 2000. godine, do{lo je do obnavcawa me|unarodne saradwe, i glavna preokupacija humanitarnih agencija pomeri-

la se u pravcu propagirawa potreba najsiroma{nijeg stanovni{tva i preispitivawa definicije humanitarnih potreba. O potrebama se ne govori kao o „nedostatku ne-ega“, ve} u smislu vulnerabilnosti za budu|e pretwe.²

I ako je SRJ imala dobro razvijenu mre`u zdravstvenih ustanova i obezbe|enost stanovni{tva zdravstvenim kadrom, o{tarpad nacionalnog dohotka tokom devedesetih godina, porast nezaposlenosti, pad `ivotnog standarda, odrazio se na celokupan sistem zdravstvene za{tite, kroz odsustvo investirawa u infrastrukturu, nemogunost obnavqawa i popravke opreme i nedostatak lekova i potro{nog materijala.³

I ako je skoro polovina stanovni{tva imala lekara op{te prakse, razmera onih koji su ostvarivali zdravstvenu za{titu kroz privatni sektor porasla je sa mawe od 10% na po~etku dekade, na oko 30% na kraju. Ve}ina ovih cudi je primala samo epizodi~nu zdravstvenu za{titu, ~esto mewaju}i lekara, {to se odra`avalo na odsustvo kontinuiteta zdravstvene za{tite.⁴

Potrebu za ovim istra`ivawem treba sagledavati u sklopu postkonfliktne rekonstrukcije i reforme zdravstvenog sistema Srbije, koja se odvija uz pomo| me|unarodnih partnera, posebno jedne wegove oblasti – a to je oblast pru`awa usluga primarne zdravstvene za{tite, ~ija je reforma zapo~eta pilot projektom Me|unarodnog komiteta Crvenog krsta.^{5,6}

Rehabilitacija sistema zdravstvene za{tite nemogu}a je ako ne postoje adekvatne informacije o socijalno-ekonomskom i zdravstvenom stawu stanovni{tva, o pru`awu zdravstvenih usluga i wi|ovom kori{ }ewu ili ~iniocima koji predstavqaju barijere pristupa~nosti zdravstvenoj za{titi, kao {to su, na primer, razli~iti tro{kovi.⁷

Ciq rada

- 1) Analiza socijalno-demografskih i socijalno-ekonomskih karakteristika stanov-

- ni{tva op{tine Kraqevo, radi procene vulnerabilnosti stanovni{tva;
- 2) Ustanovqavawe karakteristika osnovnih zdravstvenih problema stanovni{tva op{tine Kraqevo i identifikovawa oboqewa koja mogu uspe{no da se preveniraju;
- 3) Analiza pristupa~nosti lekara op{te prakse i kontinuiteta zdravstvene za{tite, razli~itih grupa vulnerabilnog stanovni{tva op{tine Kraqevo.

Met od istra`ivawa

Istra`ivawe je ra|eno po tipu studije preseka, u okviru Pilot projekta „Osnovne zdravstvene usluge Dom zdravqa Kraqevo – op{tina Kraqevo“.

Kao instrument istra`ivawa kori{ }en je upitnik dizajniran na osnovu sli~nih istra`ivawa kod nas i u svetu. Uzorak je bio dvoetaпно randomizovan uzorak klastera doma}instava.

Stepen pouzdanosti birawa uzorka je bio 95%, i ra|en je na osnovu najni`e o~ekivane prisutnosti od 10% najre|eg fenomena koji se istra`uje, na primer hipertenzije.

Tako se za pojavu koja se javqa u 10% slu~ajeva (npr. prisutnost hipertenzije) o~ekivani interaval poverewa (confidence interval CI) kretao od 0,082 do 0,118 (izme|u 8 i 12%). U statisti~koj analizi podataka kori{ }en je SPSS (Statistical Package for Social Science, 10.0). Hipoteze istra`ivawa su testirane X^2 testom i Studentovim T-testom.

Analiza rezultata istra`ivawa

4.1 Demografske i socijalno-ekonomske karakteristike stanovni{tva op{tine Kraqevo

U ukupnom stanovni{tvu je u starosnoj grupi do 20 godina bilo 19,6% dok je u grupi od 20 do 39 godina bilo 25,5% stanovni-

ka. Stanovni{ tvo starije od 40 godina u-estvovalo je u ukupnom stanovni{ tvu sa 54,9%. Ovakva distribucija ukazuje na zna-ajno starewe stanovni{ tva u op{ tini Kra- qevo (**tabela 1**).

Skoro svaki deseti stanovnik (9,8%), ` i-veo je u apsolutnom siroma{ tvu, a { est od

deset stanovnika (60,6%), ` ivelo je na ni-ovu nacionalne linije siroma{ tva. Dakle, sedam od deset stanovnika u op{ tini Kra- qevo spadalo je u kategoriju siroma{ nih (**grafikon 1**).

Sedam od deset stanovnika (69,2%) u gru- pi domicilnog stanovni{ tva bilo je u ka-

Tabela 1. Distribucija stanovni{ tva op{ tine Kra qevo po polu i starosnim grupama

Starosne grupe	Mu{ ko		@ensko		Ukupno	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%
0-19	14070	21,3	12449	18,1	26518	19,7
20-39	17563	26,6	16780	24,3	34342	25,5
40-59	16611	25,2	20130	29,2	36741	27,2
60-79	16817	25,5	18099	26,2	34916	25,9
80+	915	1,4	1494	2,2	2410	1,8
Ukupno	65975	100,0	68952	100,0	134927	100,0

$X^2=574,8$; $df=4$; $p<0,01$

Grafikon 1. Distribucija stanovni{ tva op{ tine Kra qevo prema ni vou si roma{ tva.

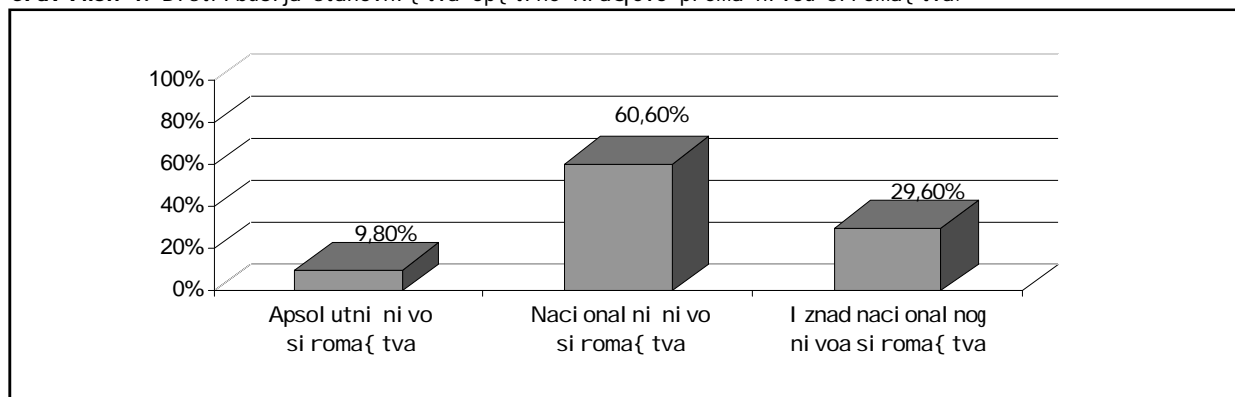


Tabela 2. Distribucija stanovni{ tva prema ni vou si roma{ tva u odnosu na boravi{ ni status

Ni vo si roma{ tva	Boravi{ ni status							
	Domi ci l no		Raseqeno l i ce		I zbegl i ca		Svega	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Apsolutni ni vo	11875	9,6	946	10,1	364	19,3	13185	9,8
Nacional ni ni vo	73679	59,6	7005	74,7	1067	56,4	81751	60,6
Iznad nacionalnog	38107	30,8	1424	15,2	460	24,3	39991	29,6
Svega	123661	100,0	9375	100,0	1892	100,0	134927	100,0

$X^2=1249,7$; $df=4$; $p<0,01$

tegoriji siroma{nih. U grupi raseqenih, siroma{no je bilo 84,8%, a u grupi izbeglih, siroma{no je bilo 75,7% stanovnika. (tabela 2).

4.2 Zdravstvene probleme stanovništva opštine Krajevo

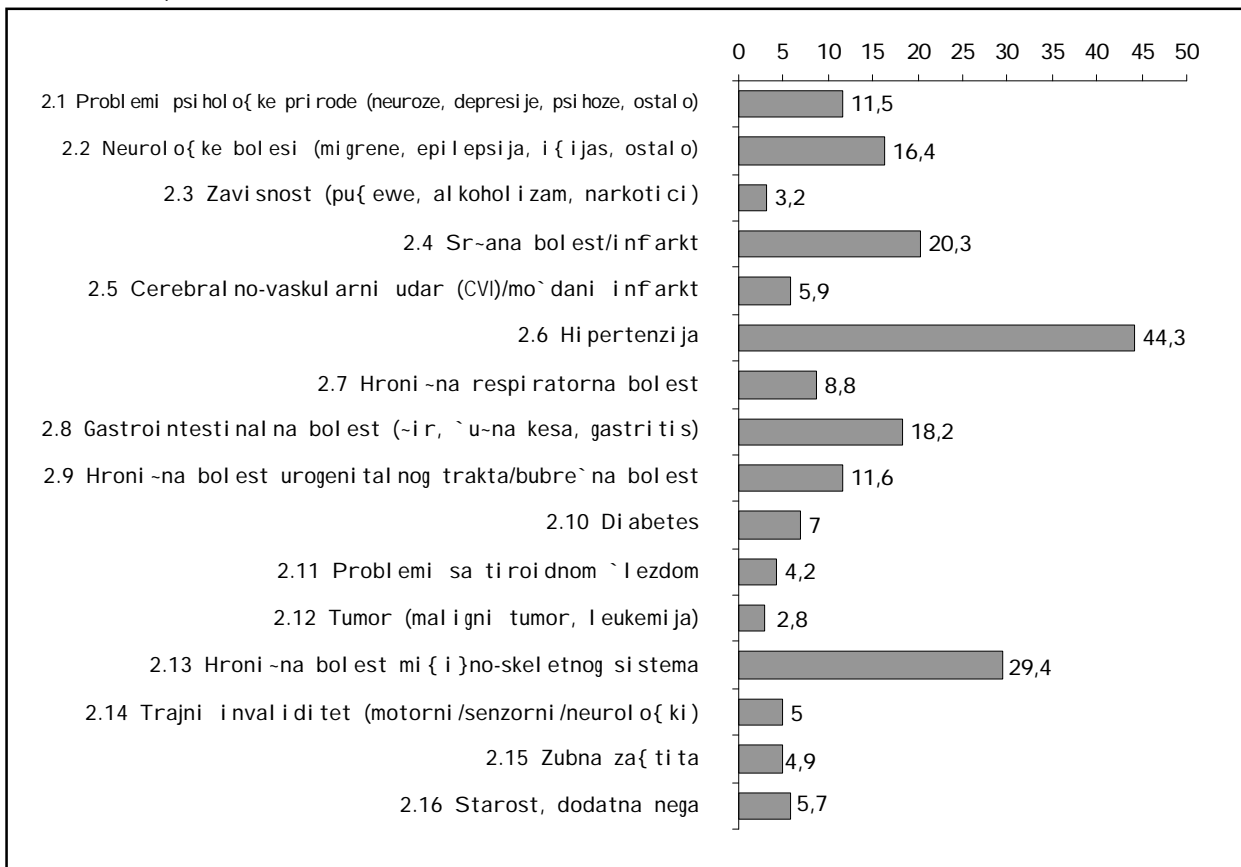
Skoro svaki drugi stanovnik u istraživanju (47,6%), smatrao je svoje zdravce kao

Tabela 3. Distribucija stanovništva prema zdravstvenom stavu kao stalnom izvoru problema u odnosu na starosne grupe

Zdravstveni stav kao stalni izvor problema	Starosne grupe									
	18-39		40-59		60-79		80+		Svega	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Da	5560	17,5	16746	47,1	25283	73,6	1912	82,3	49501	47,6
Ne	26208	82,4	18688	52,6	9070	26,4	371	16,0	54336	52,2
Bez odgovora	40	0,1	121	0,3			40	1,7	202	0,2
Svega	31808	100,0	35556	100,0	34353	100,0	2323	100,0	104040	100,0

$\chi^2=22444,3$; $df=6$; $p<0,01$

Grafikon 2. Distribucija stanovništva koje je zdravstveno stanje stalni izvor problema prema glavnom zdravstvenom problemu.



redovni izvor problema. Sa starošću, zdravstveno stanje je bilo sve više izvor problema.

Tako je u starosnoj grupi od 18 do 39 godina to bio slučaj sa skoro svakim petim stanovnikom (17,5%), u starosnoj grupi od 40 do 59 godina, sa skoro svakim drugim stanovnikom (47,1%), a u starosnoj grupi od 60 do 79 godina tri od četiri stanovnika (73,6%) izjavilo je da mu je zdravstveno stanje stalni izvor problema (**tabela 3**).

Od stanovnika koji su smatrali da im je zdravlje redovan izvor problema (48% ukupno), 44,3% je smatralo da im je hipertenzija glavni zdravstveni problem, 29,4% ispitanika je smatralo bolesti mišićno-koštano-gornjeg sistema kao svoj glavni zdravstveni problem, a 20% je smatralo da su srčana oboljenja/infarkt njihov osnovni zdravstveni problem (**grafikon 2**).

Grafikon 3. Distribucija stanovništva prema mestu upućivanja zahteva za uslugama zdravstvene zaštite.

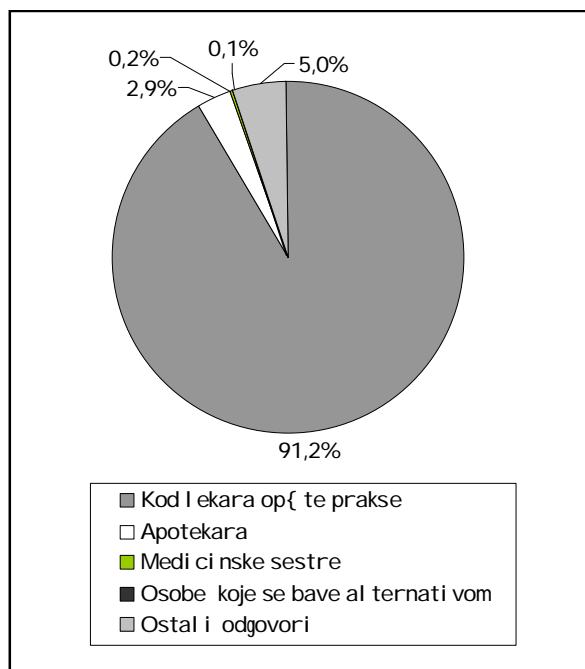


Tabela 4. Distribucija stanovništva prema mestu upućivanja prvog zahteva za usluge zdravstvene zaštite u odnosu na starosne grupe.

Prvi zahtev za uslugama zdravstvene zaštite u slučaju bolesti	Starosne grupe									
	18-39		40-59		60-79		80+		Svega	
	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%	Broj	%
Kod lekara opšte prakse	28409	89,3	32300	90,8	32803	95,5	1993	85,8	95506	91,8
Apotekara	1517	4,8	954	2,7	401	1,2	128	5,5	3000	2,9
Medicinske sestre			211	0,6					221	0,2
Alternativna medicina	87	0,3							87	0,1
Ne znam					47	0,1			47	0,0
Nikad nisam bolestan	802	2,5	867	2,4	162	0,5			1831	1,8
Ne tražim zdrav. zaštitu - ak kad sam bolestan	523	1,6	703	2,0	731	2,1	121	5,2	2078	2,0
Bez odgovora	470	1,5	510	1,4	209	0,6	81	3,5	1270	1,2
Svega	31808	100,0	35556	100,0	34353	100,0	2323	100,0	104040	100,0

$\chi^2=22444,3$; $df=6$

4.3 O~ekivawa od sist ema zdravst vene za{ t it e

Najve}i deo stanovpi{ tva (91,8%) u istra`ivawu, u slu~aju bolesti prvo se obra}alo lekaru op{ te prakse (**Grafikon 3**).

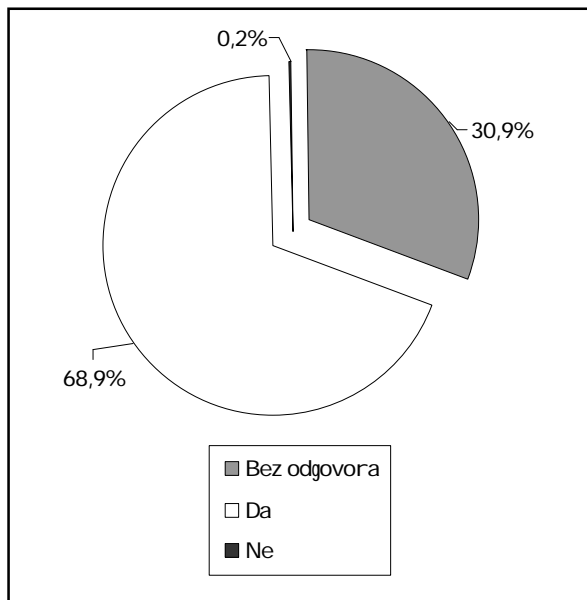
U~estalost prvog obra}awa lekaru op{ te prakse u slu~aju bolesti rastao je sa staro{ }u. Stanovnici od 60 do 79 godina u 95,5% slu~ajeva prvo su se obra}ali lekaru op{ te prakse, od 18 do 39 godina u 4,8% slu~ajeva prvo su se obra}ali apotekaru, a stanovnici stariji od 80 godina u 5,5% slu~ajeva prvo su se obra}ali apotekaru (**tabela 4**).

Od ukupnog stanovni{ tva koje se izjasnilo da se prvo obra}alo lekaru o{ te prakse, a to je bilo wih 91,8%, kada tra`e zdravstvenu za{ titu, 68,9% stanovnika nije imalo odre|enog lekara kod koga su odlazili kada su bolesni (**grafikon 4**).

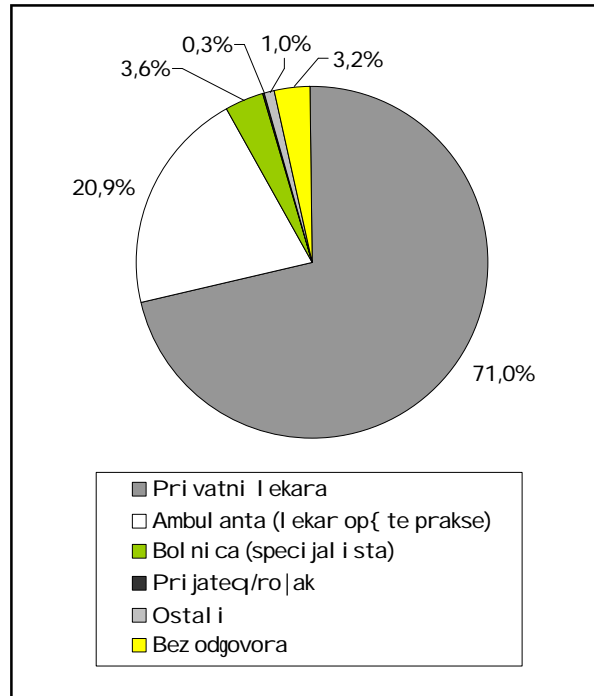
Od ukupnog stanovni{ tva koje se izjasnilo da ima odre|enog lekara (30,9%) kome se obra}a za zdravstvenu za{ titu, u 71% slu~ajeva to je lekar op{ te prakse (**grafikon 5**).

Od ukupnog stanovni{ tva koje je imalo odre|enog lekara kod kojeg su odlazili kada

Grafikon 4. Distribucija stanovni{ tva koje se prvo obra}a lekaru op{ te prakse prema postojawu izabranog lekara.

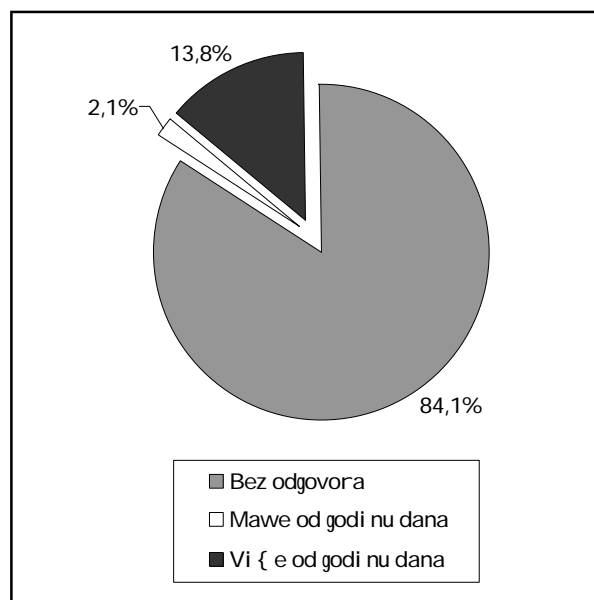


Grafikon 5. Distribucija stanovni{ tva koje ima izabranog lekara prema vrsti lekara kod koga odlaze kada su bolesni.

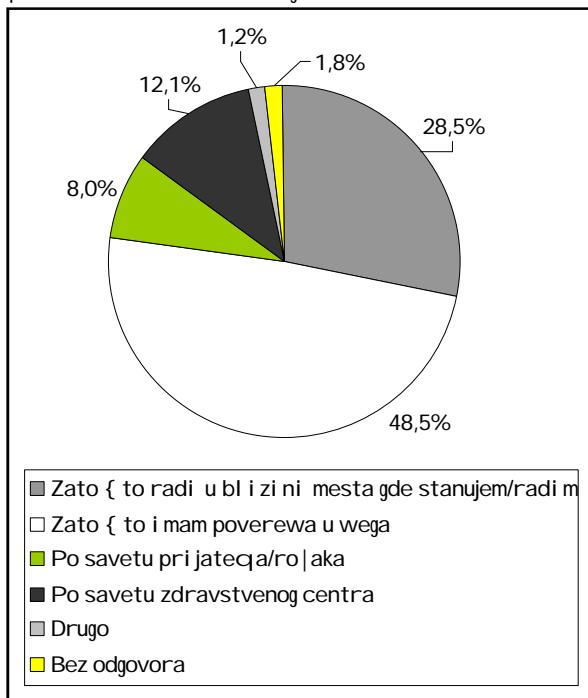


su bili bolesni, 84,1% je odlazilo kod istog lekara vi{ e od godinu dana (**grafikon 6**).

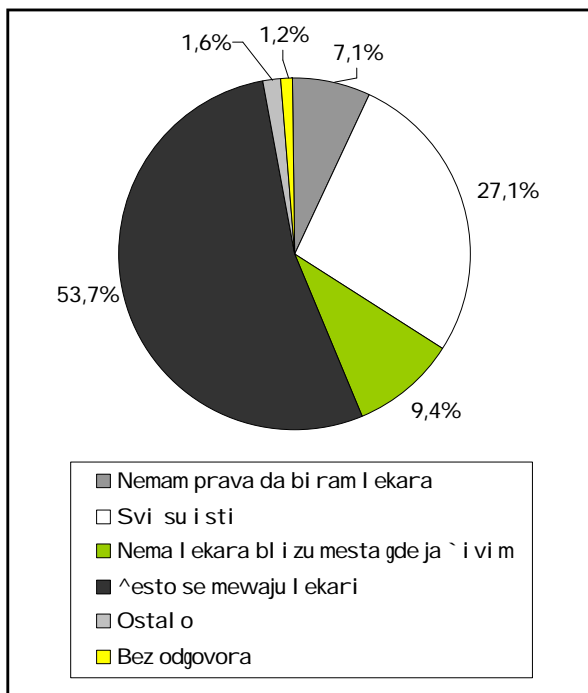
Grafikon 6. Distribucija stanovni{ tva (koji imaju izabranog lekara kod koga odlaze kada su bolesni), prema du`ini odlaska kod istog lekara.



Grafikon 7. Distribucija stanovništva (koji imaju izabranog lekara kod koga odlaze kada su bolesni), prema načinu odabira tog lekara.



Grafikon 8. Distribucija stanovništva koje nema izabranog lekara prema razlogu zbog kojeg nisu odabrali lekara.



Od ukupnog stanovništva koje je imalo određenog lekara kod kojeg su odlazili kada su bolesni, skoro svaki drugi stanovnik (48,5%) izabrao je svog lekara na osnovu poverenja, a 28,5% zato što je lekar bio blizu mesta stanovanja ili radnog mesta (**grafikon 7**).

Od ukupnog stanovništva koje se prvo obrađalo lekaru kada je tražilo zdravstvenu zaštitu 65.832 (68,9%) odgovorilo je da nije imalo određenog lekara kod kojeg odlaze kada su bolesni. Od tog broja skoro svaki drugi stanovnik (53,7%), kao glavni razlog zbog kojeg nije odabrao lekara navodio je da se lekari često mearaju (**grafikon 8**).

Zaključak

Celokupno stanovništvo opštine Kračevo pripada regresivnom biološkom tipu.

U odnosu na liniju siromaštva sedam od deset domicilnih stanovnika spadalo je u kategoriju siromašnih, a svaki deseti stanovnik živeo je u apsolutnom siromaštvu.

U kategoriju siromašnih spadalo je 85% rasečenih, pri čemu 10% u grupu apsolutno siromašnih. Među izbeglicama 76% stanovnika spadalo je u kategoriju siromašnih, i od njih skoro svaki peti je pripadao grupi apsolutno siromašnih.

Opšene zdravstvene potrebe najučestalije su kod starijeg, mave obrazovanog i siromašnijeg stanovništva. Hipertenzija je bila glavni zdravstveni problem kod svakog drugog stanovnika starijeg od 60 godina.

Stanovništvo opštine Kračevo se u slučaju bolesti, u najvećem procentu (91,8%), prvo javljalo lekaru opšte prakse. Svog određenog lekara imalo je svega 31% stanovnika, a to je najčešće (71%) bio lekar opšte prakse.

Poverenje je bio glavni kriterijum za odabir lekara, dok ih je 29% biralo na osnovu blizine mestu stanovanja ili radnom mestu.

Više od dve trećine stanovnika nije imalo svog određenog lekara. Svaki drugi stanovnik kao glavni razlog nepostojanja određenog lekara naveo je to što je organizacija rada u domu zdravca bila takva da je dovodila do nedostatka lekara. Skoro jedna trećina stanovnika (27%) sasvim je bila indiferentna u izboru lekara, jer su po njihovom mišljenju svi bili isti.

Predlog mera

Na osnovu istraživanja, a u skladu sa navedenim zaključcima, nameću se sledeći predlozi mera:

- Smernice kojima se u Srbiji: povećanjem moguće zapošljavanje, efikasnijom socijalnom zaštitom, poboljšanjem položaja penzionera i starih, reformisanjem sistema zdravstvene zaštite, primenom obrazovanja u funkciji smernica.
- Zaštita i poboljšanje zdravlja osoba u marginalnim situacijama i nepovoljnom položaju, što uključuje i izbegla i raseljena lica: putem multisektorskog pristupa, tj. povezivanje institucija primarne zdravstvene zaštite – doma zdravca, sa institucijama socijalne zaštite kao i sa obrazovno-vaspitnim i drugim institucijama uz razvijanje multidisciplinarnog, timskog rada.^{8,9}

- Efektivne javno zdravstvene intervencije radi smanjenja opterećenja društva oboljelima kod kojih je hipertenzija faktor rizika (oboljela srca i krvnih sudova), kao i radi smanjenja opterećenja društva hroničnim oboljelima i njihovim oboljelima: putem primarne prevencije, tj. promocije zdravlja.¹⁰

Efektivna reforma primarne zdravstvene zaštite koja može biti rukovodena brojnim iskustvima stečnim u toku razvoja i implementacije pilot projekta u Krajevima „Osnovne zdravstvene usluge DZ Krajevo – opština Krajevo“ i uključivala bi: racionalizaciju i rehabilitaciju infrastrukture, unapređenje znanja i veština lekara i sestara, izgradnju ljudskih kapaciteta iz oblasti upravljanja, planiranja i zdravstvene politike, na svim nivoima zdravstvenog sistema, razvoj zdravstvenog informacionog sistema u primarnoj zdravstvenoj zaštiti zasnovan na Međunarodnoj klasifikaciji primarne zdravstvene zaštite i integracija ovog sistema u regionalni informacioni sistem, razvoj održivog sistema finansiranja koji čini fundamentalnu komponentu reforme primarne zdravstvene zaštite.¹¹

Literatura

1. Garfield R. Economic Sanctions, Health and Welfare in the Federal Republic of Yugoslavia, 1990–2000. OCHA/UNICEF; 2001. Available from: URL.
2. Charies-Antoine Hofmann. Needs and vulnerability in the Balkans. The case of Serbia. Background research for HPG Report. Overseas Development Institute. 2003 Sept. report No.: 15.
3. Simić S, Bjegović V, Erić-Marinković J. Zdravstveno stanje stanovnika Republike Srbije u posledjoj deceniji dvadesetog veka. U: Simić S, Bjegović V, Jelenc P, Kosanović R, Erić-Marinković J, Mladenović D, ed. Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, Beograd: Centar za proučavanje alternativa/Sami izdat B92; 2001:47-64.
4. Kanjuh Vladimir. Effect of the sanctions on the health of population of the Federal Republic of Yugoslavia viewed through new characteristics of autopsy findings. Belgrade: Serbian Academy of Sciences and Arts. Scientific Meetings, Volume LXXVI; Department of Social Sciences, Volume 15. 1994.
5. World Bank. Post Conflict Reconstruction: The Role of the World Bank. Washington, DC; 1998.
6. World Food Programme. VAM Bulletin. Belgrade; July 2000, No. 1.
7. ICRC. Comparative Report of the BHSP Baseline and Follow Up Household Population and Health Surveys. ICRC; 2006.
8. Vlada Republike Srbije. Strategija za smanjenje smrtnosti, Beograd 2005. Dostupno na URL:

9. **Reformska Vlada Republike Srbije. Ministarstvo zdravca Republike Srbije. „Boqe zdravqe za sve u tre}em milenijumu“.** Beograd: Ministarstvo zdravca Republike Srbije; 2003.
10. U.S. Department of Health and Human Services. **Healthy People 2010: With Undemtending and ImprvingHealth and Objectives for Imroving Health** (on CD-ROM). Government Printing Office (GPO). 2 edition. Washington, DC:GPO;2000.
11. Poletti T. **Rebuilding Primary Health Care Systems in a Post-Conflict Settings. Lessons for Serbia from the ICRC-s Basic Health Services Pilot Project in Kraljevo.** (Master-3 paper). London: London School of Hygiene and Tropical Medicine, 2003.

Satisfakcija pacijenata u KBC Zemun u zavisnosti od načina angažovanja stalnog lekara i stalne medicinske sestre*

K. Savić-Jocić,¹ V. Horozović²

Satisfaction of patients in KHC "Zemun" in depend on method of work of permanent doctor and permanent nurse

K. Savić-Jocić, M.D., D.P.H.,; V. Horozović, M.D., D.P.H., B.

Sažetak. Uvod. Ispitivanje zadovoljstva pacijenata leževima u nekoj ustanovi zsigurno je me|u najefikasnijim metodama pomo|u kojih se dolazi do podataka o kvalitetu pruženih usluga, pri čemu su pacijenti oni koji svoja zapažawa iskazuju odgovorima na ciquana pitanja. Važnost pacijentovog miš|awa i wegovog višewa tretmana i nege u zdravstvenim ustanovama danas je prepoznata u svim razvijenim sistemima zdravstvene zaštite. Zadovoljstvo (satisfakcija) pacijenata pruženom zdravstvenom zaštitom jeste osnovna dimenzija u evaluaciji kvaliteta zdravstvene zaštite.

Zadovoljstvo predstavlja složeni odnos izme|u pacijenatovih opaženih potreba, wegovih okeivawa od zdravstvene službe i iskustva sa dobijenim uslugama (Hjortdahl and Lerum, 1992).

U okviru ukupnih aktivnosti na unapre|ewu kvaliteta u Kliničko-bolničkom centru „Zemun“ proceneno je da je u prvoj fazi vrlo značajno dobiti informacije o subjektivnoj oceni pacijenata o zdravstvenoj zaštiti koju dobija. Na osnovu toga obavčeno je ispitivanje zadovoljstva pacijenata bolničkom zdravstvenom zaštitom u KBC „Zemun“ i to u novembru 2004. godine.

Ciql. Ciq ovog istraživawa jeste ispi-

Summary. Introduction. The investigation of patient satisfaction of treating in some organization surely is one of the most effective methods whose helping us to get of data about quality of giving service. Only patients' impressions show with answers to special questions. Today the importance of patient considers and his seeing of treatment and care in health organization is recognized in all development systems of health care. The basic dimension of evaluation of quality of health care is patient satisfaction of getting health care.

Satisfaction is multiple relation between patient needs, his expecting of health service and experience with getting services (Hjortdahl and Lerum, 1992).

In frame of total activities of improving quality in KHC „Zemun“ it is estimating that in the first phase veiy important to get informations about personality appreciate with getting health care. Survey of patient satisfaction with hospital health care in KHC "Zemun" is made in November 2004.

Aim. The purpose of this survey is investigation patient satisfaction of hospital health care in KHC "Zemun", Belgrade in 2004.

Method of investigation. The investigation patient satisfaction with hospital health care is ma-

¹ Dr Kaja Savić-Jocić, Kliničko-bolnički centar „Zemun“ - Beograd.

² Mr. sc. dr Vesna Horozović, Institut za javno zdravčje Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, Beograd.

* Rad saopšten na Naučno-stručnoj konferenciji socijalne medicine, 25-26. oktobra 2007. godine, Velika Plana.

ispitivawe satishfakcije pacijenata i bolnikom zaštitom u Kliničko-bolničkom centru „Zemun“ - Beograd u 2004. godini.

Metodologija. Ispitivawe satishfakcije pacijenata i bolnikom lewem sprovedeno je kao studija preseka, anketirawem populacije iz jednonedeljnog otpusta pacijenata u novembru 2004. godine.

Rezultati. Utvr/en je visok stepen zadovoljstva pacijenata prema zaposlenom medicinskom kadru;

Pacijenti smatraju da su lekari veoma predani svom poslu;

Medicinske sestre poseduju u velikoj meri profesionalne osobine u radu;

Pacijenti smatraju da je uticaj bolnikolewena zdravca pacijenata velik, i to u pozitivnom smislu.

Zaključak. Na osnovu zadatog cilja, kao i dobijenih rezultata, potrebno je management politiku budućnosti u KBC „Zemun“ usmeriti ka aktivnosti ima kojima bi pacijenti u ovoj bolnici bili još zadovoljniji.

de as section study, with inquiring of population from oneweekly discharge.

Results of investigation. It is established the high level of patient satisfaction towards medical staff;

The patients consider that the doctors are very loyal to your own job;

Nurses have in high volume professional characteristic in their work;

The patients think that the influence of hospital care on patients health is great, positively.

Conclusion. If the patients would be more satisfaction with hospital care in KHC „Zemun“, Belgrade in future, it would be indispensable to improve management activities at all.

Uvod

Svetska zdravstvena organizacija definiše satisfakciju i dissatisfakciju korisnika (zadovoljstvo i nezadovoljstvo) kao rezultat procena pojedinaca i neslagawa između pretpostavqenih potreba i dobijene zdravstvene zaštite, pa se merewe adekvatnosti zdravstvene zaštite smatra nepotpunim bez procene satisfakcije korisnika. Donabedian kaže da je „satisfakcija pacijenata od fundamentalnog značaja kao mera kvaliteta zdravstvene službe, jer pruža podatke o tome koliko je davalac nege uspeo da izađe u susret ocekivawima korisnika“. U sklopu Reforme sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji, Ministarstvo zdravca Srbije sprovedo je obimno istraivawe o kvalitetu rada zdravstvenih ustanova na wenjoj teritoriji. U okviru tog istraivawa uraeno je i istraivawe satisfakcije korisnika koji su se leili u stacionarnim zdravstvenim ustanovama i KBC „Zemun“ - Beograd.

Cilj

Cilj ovog istraivawa jeste ispitivawe satisfakcije pacijenata bolnikom zaštitom u Kliničko-bolničkom centru „Zemun“ - Beograd u 2004. godini u zavisnosti od nainana angaovawa stalnog lekara i stalne medicinske sestre.

Metodologija istraivawa

Ispitivawe satisfakcije pacijenata bolnikom zdravstvenom službom KBC „Zemun“ - Beograd sprovedeno je od 1. do 5. novembra 2004. godine. Korišten je dizajn studije preseka, a kao instrument istraivawa upotreben je anonimni upitnik za ispitivawe satisfakcije pacijenata, dizajniran po preporukama Svetske zdravstvene organizacije, uz propratno pismo u kome je sadržano objašewe nainana popuwawawa upitnika i razlog za obavqawe istraivawa. Studijom je obuhvaen jednonedeljni otpust populaci-

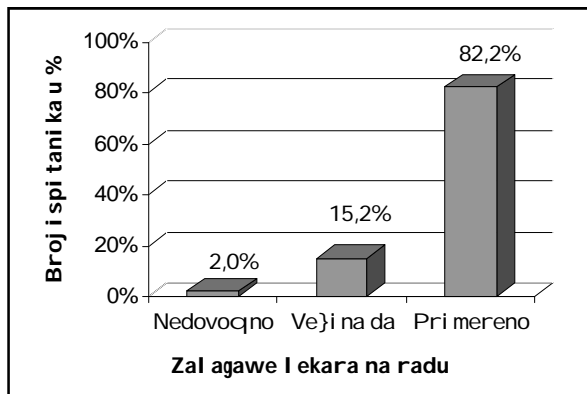
je bolni~ki le~enih pacijenata KBC „Zemun“ - Beograd.

Rezultati

Zadovoljstvo radom stalnog lekara i ocena wegovih osobina

Na pitawe kakvo je zalagawe na radu medicinskog osobqa u bolnici, svi pacijenti su bili jedinstveni u mi{qewu da su se i lekari i medicinske sestre podjednako primerno zalagali na poslu, a mali je broj onih koji smatraju da bi se medicinsko osobqe u ovoj bolnici moglo i vi{e da zala`e ili da se ne zala`e dovoqno (**grafikon 1**).

Grafikon 1. Ocena ispitani ka o zalagawu lekara na poslu.

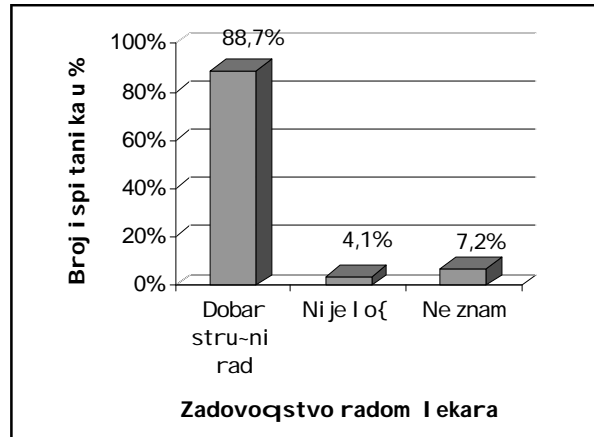


U skladu sa tim, ne iznena|uje podatak da je 93,8 odsto pacijenata odgovorilo da wihov lekar nije pravi o razliku me|u bolesnicima i da se prema svima odnosio podjednako.

Za ustanovqavawe op{teg zadovoljstva bolni~kim le~ewem indikativni su rezultati koji pokazuju zadovoljstvo profesionalnom kompetentno{ }u bolni~kog lekara (**grafikon 2**).

^ak 88,7 odsto ispitani ka je smatralo da je wihov lekar bio dobar stru~wak, dorastao svojim du`nostima. Daleko mawi broj je onih koji su izjavili da, iako wihov lekar nije bio lo{, mogao je biti i boqi, kao i onih koji misle da wihov lekar nije bio

Grafikon 2. Zadovoljstvo stru-no{ }u lekara.



dovoljno dobar stru-wak i nije dorastao svom zadatku (ukupno je ovako odgovorilo samo 4,1 odsto ispitani ka), dok je 7,2 odsto ispitani ka odgovorilo da ne mo`e da oce-ni stru-nost svog lekara.

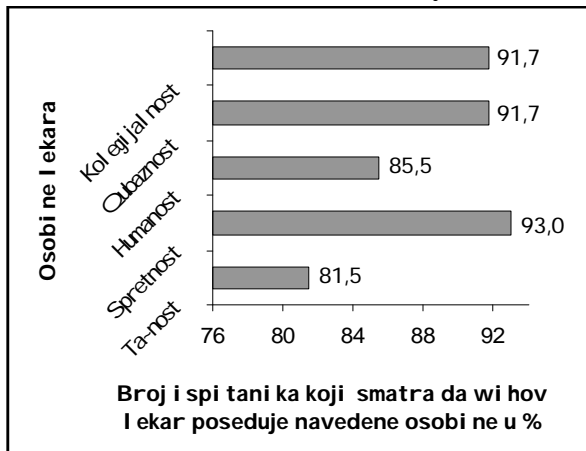
Na pitawe: „Da li se desilo da Va{ lekar u toku le~ewa pravi gre{ke (da ne u~ini ne{to dobro, da zaboravi da u~ini ne{to {to treba da u~ini, da ne u~ini ne{to na vreme)?“, 2,0 odsto ispitani ka odgovorilo je potvrdno. Najve}i broj ispitani ka smatra da wihov lekar nije pravi o gre{ke (69,5 odsto), dok ve}i broj wih ne `eli da se izja{wava o tom pitawu (28,5 odsto).

Na drugoj strani, veoma su zadovoljavaju}i rezultati koji govore o odnosu lekar-pacijent, u smislu obostrano dobrih komunikacija. Tako je 87,1 odsto pacijenata moglo da objasni stawe svoje bolesti lekaru, jer je lekar gotovo uvek bio spreman da saslu{a sve {to je pacijent imao da mu ka`e o svojoj bolesti.

Tako|e, ve}ina ispitani ka (80,2 odsto) smatra da im je lekar naj-e{ }e davao dovoljno obja{wewa, pa da im je stawe bolesti bilo sasvim jasno.

Ovakve odgovore ispitani ka potkrepcuju i lekari koji su bili za wih nadle`ni, poseduju osobine koje su tipi~ne za osobe visoko predane svome poslu: spretnost (93,0 odsto), qubaznost (91,7), humanost (85,5), dobar odnos sa kolegama (91,7) i ta~nost, odnosno nije sklon ka{wewu u obavqawu du-

Grafikon 3. Ocena osobi na bolni -kog lekara.

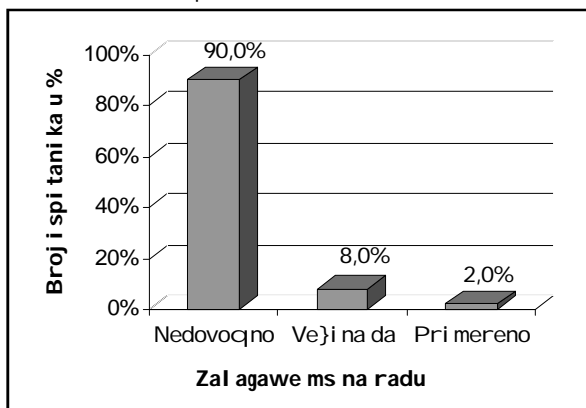


nosti (81,8 odsto). Tako je potrebno naglasiti da na pitawe koje se odnosi na osobine lekara nije odgovorilo izme|u 14 odsto i wihove ocene osobi na koje medicinsko osobe bolnice poseduje (**grafikon 3**).

Zadovoljstvo radom stalne medicinske sestare i ocena weni h osobi na

Sli-no podaci ma koje daju za lekare, pacijenti u najve}em broju smatraju da se i ostalo medicinsko osobe, odnosno medicinske sestare u prvom redu, primerno zala-u pri obavqacu svojih svakodnevnih du-nosti na bolni -kim odsqwima. Na **grafi-**

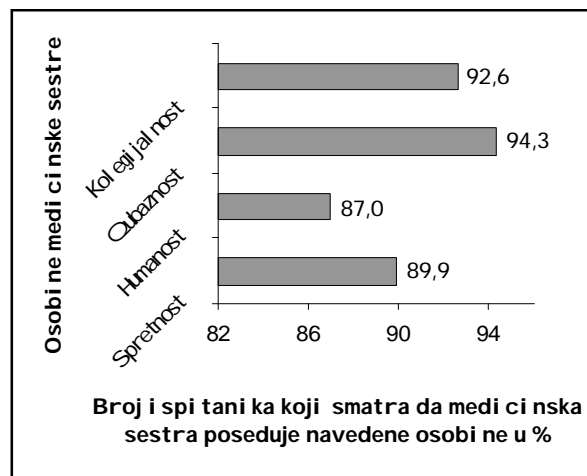
Grafikon 4. Ocena i spitanika o zalagawu medicinski h sestara na poslu.



konu 4. dat je prikaz stavova ispitanika u odnosu na zalagawu sestara.

Na pitawe da procene da li i u kojoj meri sestare poseduju vrline kao { to su spretnost, qubaznost i humanost, te kakav je wihov odnos sa drugim medicinskim osobom, skoro da se ne zapa`a nikakva razlika u odnosu na ocene koje pacijenti daju lekarima (**grafikon 5**). I ovde je potrebno naglasiti da zna-an broj ispitanika iz obe godine istra-ivawa nije odgovorio na ovo pitawe u celosti ili pojedini m wegovim segmentima (izme|u 14 i 28 odsto ispitanika).

Grafikon 5. Ocena osobi na medicinski h sestara.



U vezi sa zadovoljstvom pacijenata radom medicinske sestare, odnosno wenom profesionalnom kompetentno{ }u, ve}ina pacijenata se sla`e u mi { qewu da su sestare dobri poznavaoi svog posla. Za razliku od procene kompetentnosti lekara, ne{ to ve}i broj ispitanika se odlu-uje da odgovori na ovo pitawe (samo 5,3 odsto pacijenata odgovara da ne mo`e da oceni stru-nu kompetentnost sestare). I na ovo pitawe nije odgovorio ve}i broj ispitanika (5 do 7 odsto).

Zakqu-ak

Na osnovu dobijenih rezultata mogu se izvesti slede}i zakqu-ci:

1. U istra`ivawu je utvr|ei visok stepen zadovoljstva pacijenata prema obszbe|e-nosti bolnice medicinskim osobqem, iz-uzimaju}i lekare. Pored toga, prema proceni pacijenata, pokazalo se da su lekari pravili mawe gre{ aka u svom ra-du, kao i ve}e zadovoljstvo pacijenata koli~inom obja{wewa koja im je lekar dawao u odnosu na stawe wihove bole-sti.
2. Uo~ava se da ve}ina pacijenata smatra da bolni~ki lekari koji su bili za wih nadle`ni poseduju osobine koje su tipi--ne za osobe visoko predane svome poslu: spretnost (93,0 odsto), qubaznost (91,7), humanost (85,5), dobar odnos sa kolegama (91,7) i ta~nost, odnosno nije sklon ka-{wewu u obavqawu du`nosti (81,8 odsto). Tako|e je potrebno naglasiti da na pitawe koje se odnosi na osobine lekara nije odgovorilo izme|u 14 i 28 odsto is-pitani ka.
3. Na pitawe da procene da li i u kojoj me-ri sestre poseduju vrline kao {to su spretnost, qubaznost i humanost, te kakav je wihov odnos sa drugim medicinskim osobqem, skoro da se ne zapa`a nikakva razlika u odnosu na ocene koje pacijen-ti daju lekarima.
4. Uo~ena je visoka povezanost izms|u vre-mena koje pacijent provede u ~ekawu na sme{taj u bolesni~ku sobu sa zalagawem lekara i sestara. Pored toga, postojala je visoka korelacija izme|u zalagawa leka-ra i zalagawa medicinskih sestara, dok je zalagawe sestara povezano sa humano{ }u i qubazno{ }u lekara i mogu}no{ }u paci-jenata da svoje stawe objasne lekaru, kao i op{tim aspektima sme{taja u bolnici.

Lit er at ur a

1. Donabedian A.: The Lichfield Lecture: Quality assurance in health care: consumers – role. *Quality in Health Care*, 199; 1:247–251.
2. Rubin, H.: Patient Evaluation of Hospital Care, *Medical Care*, 1990; 2(9) suppl.
3. Cuci} V.: Satisf akcija korisnika – novi sadr`aji u evaluaciji zdravstvene za{tite. *Zdravstvena za{tita*, 1982, 11(6):6–12.
4. Eilers GM.: Improving patient satisfaction with waiting time. *J Am Coll Health*. 2004 Jul – Aug; 53(1): 41–3.
5. Rossberg JI, Friis S.: Patients, and staff, s Perceptions of the Psychiatric Ward Environment. *Psychiatr Serv*. 2004 Jul; 55 (7):798–803.
6. Roter D.: Relations Between Physician Behaviors and Ana-loque Patients Satisfactions, Recall and Impressions. *Med. Care* 1987, 5:437.
7. ER Patient Satisfaction Survey, Fraster Health strategic Di-rection Patient Satisfactionbr Survey, March 29, 2005.

Problem upotrebe alkohola kod sredwo{ kolske omladine*

S. Paji}-Savi},¹ S. Tokovi}²

The School Problems with Alcohol Use

S. Paji}-Savi}, S. Tokovi}

Sa`et ak. I st ra`i vawem je obuhva}ei o 1000 u~enika sredwo{ kolaca ispit anika eksperiment alne grupe koju ~ini 500 u~enika Zubot ehni~ke { kole i 500 u~enika [kole za negu lepot e koji ~ine kont rol nu grupu. I spit ivani su st avovi u~enika prema konzumi rawu alkohola, st avovi wihovog okru`ewa, rodit eqa, kao i st avovi konzumenat a alkohola prema prest anku wegovog konzumi rawa, kao i wihov odnos prema upot rebi cigaret a i opijat a. Analiziran je odnos u~enika prema upot rebi alkohola kao i informisanost rodit eqa o post ojavu konzumi rawa alkohola kod u~enika. Post oji st at ist i~ki zna~ajna razlika izme|u posmat ranih grupa ispit anika ~iji je st av prot iv konzumi rawa alkohola.

Kqu~ne re-i: st avovi, sredwo{ kolci, alkohol.

Summary. The research is a study performed on two groups of secondary school examinees, oen experimental and one control group. Both group include ages of all four years od secondary education with an approximately equal presence of both sexes. The experimental group of examinees consist of 500 students each. The control group is made of students of High School for beauty care. With both groups analyses were made on personality traits, existence of alcohol consumption, influence of family and exogenous factors on such behavior and school environment. The attitudes of family and environment of an adolescent undoubtedly have importance in his or her taking attitudes about this corrent issues. The research has proved that there is a statistically significant difference among observed groups of adolescents according go: the attitudes of hogh school youth against the consumption alcohol.

Key words. the attitudes, highs school youth, alcohol, consumption.

Uvod

Veoma va`an period za formirawe stavova i wihovo usvajawe jeste period adolescencije i puberteta. Posebno je zna~ajno formirawe iskustvenih stavova prema upotrebi psihoaktivnih supstanci i alkohola kao i prema ostalim oblicima socijalno-patolo{ kog pona{ awa.¹ Peri-

od adolescencije je izuzetno osetqiv na disfunkcionalnost i negativnu dinamiku porodice. Porodice u kojima postoje obrasci devijantnog pona{ awa imaju veliki uticaj na usvajawe ovakvog pona{ awa i identifikaciju adolescenta prema roditelju koji pokazuje takvo pona{ awe.^{2,3} Stavovi roditelja koji direktnim odobravanjem ili indirektno podr`avaju zloupotrebu alkohola

¹ Dr Svetlana Paji}-Savi}, Institut za neuropsihijatrijske bolesti „Dr Laza Lazarevi}“, Beograd.

¹ Dr Sne`ana Tokovi}, Dom zdravca „Savski venac“, Beograd.

* Rad saop{ten na Nau~no-stru~noj konferenciji socijalne medicine, 25-26. oktobra 2007. godine, Velika Plana.

imaju neposrednu va`nost za formiranje stavova adolescenata, a posebno ako postoji primer alkoholizma u porodici.

I skustva mladih sa alkoholom prema nekim istra`iva~ima direktno su u vezi sa iskustvima grupe vr{ waka u kojoj se naj-e{ }e kre}u.⁴ Va`an je stav grupe prema ovoj pojavi za formiranje stavova adolescenta uop{ te, ne samo kada se radi o konzumi rawu alkohola i narkotika, ve} uop{ te prema kcu~nim pitawima za ovaj razvojni period i za kasnije.⁶ Prema novijim istra`ivawima nedovo~na je informisanost roditelja o konzumi rawu alkohola wihove dece.⁷ Neophodno je da porodica, [kola i sam adolescent budu mnogo vi{e informisani o zdravstvenoj i socijalnoj problematici bolesti zavisnosti. { kola treba da pristupi upoznavawu u~enika sa preventivnim merama i za{ titom od { irewa bolesti zavisnosti koje imaju zabriwavaju}e razmere, pre svega kod adolescenata.⁸

Ciq

Ciq istra`ivawa jeste utvr|ivawe stavova i odnosa sredwo{ kolaca prema konzumi rawu alkohola. Ciq je tako|e utvrditi stavove roditelja i neposrednog okru`ewa ispitanika prema ovoj pojavi, kao i stavove konzumenta alkohola prema prestanku upotrebe alkohola i informisanost roditelja o postojawu upotrebe alkohola kod ispitanika.

Met od

Istra`ivawem je obuhva}eno 500 u~enika Zubotehni~ke { kole koji ~ine eksperimentalnu grupu i 500 u~enika [kole za negu lepote koji ~ine kontrolnu grupu. Jednaka je zastup~enost oba pola i sve ~etiri godine uzrasta sredweg obrazowawa posmatranih grupa. Analizirani su stavovi i odnos ispitanika prema upotrebi alkohola, stavovi wihovih roditelja i neposrednog okru`ewa,

kao i informisanost wihovih roditelja o postojawu konzumi rawa alkohola.

Analizirani su stavovi konzumenata posmatranih grupa prema prestanku upotrebe alkohola. Tokom istra`ivawa je kori{ }en upitnik prilago|en uzrastu u~enika koji meri wihove stavove prema upotrebi alkohola. Kori{ }eni su rezultati psiholo{ kog MMPI 1 i 2 testa i Cohem-Mansfield-Scor testa za merewe karakteristika li~nosti, destruktivnih i disocijativnih karakteristika.

Kori{ }eni su podaci iz { kolske evidencije o vladawu i uspehu u~enika tokom { kolowawa i wihovom socijalnom poreklu, kao i izve{ taji sa sistematskih pregleda i podaci iz kartona { kolskog dispanzera o zdravstvenom stawu u~enika. I zme|u posmatranih grupa ispitanika analizirani su stavovi i odnos sredwo{ kolaca prema upotrebi alkohola, kao i stavovi wihovih roditelja i vr{ waka prema ovoj pojavi. Analiziran je stav konzumenata alkohola prema prestanku wegove upotrebe, kao i informisanost roditelja o konzumi rawu alkohola wihove dece. U~enici su posmatrani u vremenskom periodu { kolske 2006/2007 godine.

Rezultati

Najvi{e ispitanika je protiv konzumi rawa alkohola, ali su znatno zastup~eni

Tabela 1. Stavovi ispitanika prema konzumi rawu alkohola.

Stavovi	Eksperimentalna grupa		Kontrolna grupa	
	Broj	%	Broj	%
Za	42	8,4	49	9,8
Protiv	351	70,2	307	61,4
Smatraju modernim	31	6,2	45	9
Smatraju bezopasnim	25	5,0	37	7,4
Smatraju prolaznim	51	10,2	62	12,4
Ukupno	500	100,0	500	100,0

oni koji podr`avaju upotrebu alkohola. Velika je zastupcenost onih u-enika koji smatraju pojavu modernom, bezopasnom i prolaznom.

$$Sd = 0,03, U = 2,93, P = 0,03$$

Postoji statisti~ki zna~ajna razlika izme|u posmatranih grupa i spitanika koji su protiv upotrebe alkohola, odnosno imaju negativan stav prema ovoj problematici.

Tabel a 2. Stavovi okru`ewa i spitanika prema konzumi rawu alkohola

Stavovi	Eksperi mental na grupa		Kontrol na grupa	
	Broj	%	Broj	%
Za	51	10,2	50	10,0
Protiv	325	65,0	331	66,2
Smatraju modernim	35	7,0	31	6,2
Smatraju bezopasnim	35	7,0	30	6,0
Smatraju prolaznim	54	10,8	58	11,6
Ukupno	500	100,0	500	100,0

Najzastupceni su ispitanici ~ije okru`ewe ne podr`ava upotrebu alkohola, mada je znatno zastupceni koji podr`avaju konzumi rawe alkohola. Zna~ajna je zastupcenost u okru`ewu onih vr{waka koji pojavu smatraju prolaznom, bezopasnom i modernom, {to jasno defini{e wihov pozitivan, odobravaju}i stav prema ovoj pojavi. Nema statisti~ki zna~ajne razlike izme|u posmatranih grupa i spitanika prema obele`ju posmatrawa stavova wihovog okru`ewa prema konzumi rawu alkohola.

Rodi teqi uglavnom ne podr`avaju upotrebu alkohola kod adolescenata, mada oni koji pojavu smatraju modernom, prolaznom i bezopasnom, kao i oni koji odobravaju wegovu upotrebu, svojim stavom podr`avaju ovaj oblik socijalne patologije kod svoje dece. Nema statisti~ki zna~ajne razlike izme|u posmatranih grupa i spitanika prema obele`ju stava rodi teqa prema upotrebi alkohola.

Tabel a 3. Stavovi rodi teqa i spitanika prema konzumi rawu alkohola

Stavovi rodi teqa	Eksperi mental na grupa		Kontrol na grupa	
	Broj	%	Broj	%
Za	21	4,2	19	3,8
Protiv	452	91,8	457	91,4
Smatraju modernim	13	2,6	14	2,8
Smatraju bezopasnim	2	0,4	3	0,6
Smatraju prolaznim	5	1,0	7	1,4
Ukupno	500	100,0	500	100,0

Tabel a 4. Stavovi konzumenata alkohola eksperimentalne i kontrolne grupe prema prestanku konzumi rawu alkohola.

Stavovi konzumenata	Eksperi mental na grupa		Kontrol na grupa	
	Broj	%	Broj	%
@eli da prestane	0	0,0	0	0,0
Ne `eli da prestane	211	100,0	211	100,0
Ukupno	211	100,0	211	100,0

Ni jedan konzument alkohola posmatranih grupa ne `eli da prestane sa uzimawem alkohola, {to jasno govori o pozitivnom stavu adolescenata prema pojavi konzumi rawa alkohola.

Nema statisti~ke zna~ajnosti razlike izme|u posmatranih grupa konzumenata alkohola prema obele`ju posmatrawa wihovi h stavova prema prestanku upotrebe alkohola.

Tabel a 5. Informisanost rodi teqa konzumenata alkohola o wegovom konzumi rawu.

Informisanost rodi teqa	Eksperi mental na grupa		Kontrol na grupa	
	Broj	%	Broj	%
Da	17	8,0	20	11,5
Ne	194	92,0	155	88,5
Ukupno	211	100,0	175	100,0

Tabela 6. Odnos konzumenata alkohola prema pušewu i opijati ma.

Stavovi konzumenata	Eksperimental na grupa		Kontrol na grupa	
	Broj	%	Broj	%
Konzumi ra cigarete	200	94,73	169	91,67
Konzumi ra opijate	119	55,7	111	63,57
Konzumi ra opijate i cigarete	179	84,87	157	89,77
Ukupno	211	100,00	175	100,0

Mnogo je vi{e roditelja u~enika koji konzumiraju alkohol neinformisanih o postojawu ove pojave kod svoje dece u odnosu na upu}ene roditelje u postojawe ove problematike. Nema statisti~ki zna~ajne razlike izme|u posmatrani h grupa ispitanika prema ovom obele`ju posmatrawa.

Najve}a je zastup~enost pu{a~a me|u konzumentima alkohola, kao i onih koji konzumiraju opijate. Najvi{e je konzumenata alkohola koji uzimaju opijate i alkohol u kombinaciji. Nema statisti~ki zna~ajne razlike izme|u posmatrani h grupa konzumenata alkohola prema obele`ju odnosa prema uzimawu cigareta i opijata.

Diskusija

Posmatrawem stavova adolescenata zapa`a se da je u obe posmatrane grupe najvi{e onih ~iji je stav protiv konzumirawa alkohola. Znatno su zastup~eni oni ispitanici koji podr`avaju upotrebu alkohola, kao i oni koju pojavu smatraju modernom, prolaznom i bezopasnom. U odnosu na svetska istra`ivawa, nema zna~ajnih odstupawa⁹. Postoje ankete koje su potvrdile da je velika zastup~enost adolescenata uzrasta od 16 godina koji podr`avaju upotrebu alkohola^{10, 11}. Na osnovu studije na ispitanicima uzrasta od 17 do 19 godina, mali je procenat roditelja koji su protiv upotrebe alkohola¹². Nijedan konzument alkohola u posmatranoj grupi ispitanika ne `eli da prestane sa upo-

trebom alkohola. Prema nekim istra`ivawima sredwo{kolci konzumenti alkohola potiwu iz porodica sa niskim socijalnim standardom, a prema nekimane¹³. Postoji ve}a zastup~enost alkoholizma u porodicama adolescenaa konzumenata alkohola u odnosu na populaciju povremeni h konzumenata i apstinena¹⁴. Anketirani sredwo{kolci uzorka od 5000 ispitanika u Nema~koj u veoma niskom procentu imaju negativan stav prema ovoj pojavi¹⁵. Nijedan konzument alkohola, uzrasta od 17 godina, na uzorku od 1700 ispitanika u Americi, ne `eli da prestane sa konzumirawem alkohola. Tako, 1190 konzumenata alkohola konzumiraju opijate u uzorku od 2200 mu{kih adolescenata uzrasta od 18 godina u Americi.¹⁶. Stavovi okru`ewa mladi h koji unose alkohol uglavnom su odobravaju}i prema ovoj pojavi. Neophodno je apelovati na saradwo{ kole, kao vaspitno-obrazovne ustanove, roditelja i medija sa u~enicima u cilju prevencije protiv konzumirawa alkohola. Potrebno je obogatiti saznavawu u~enika o posledicama bolesti zavisnosti po zdravc~e i dru{tvo.

Zakqu-ak

Na osnovu sprovedenog istra`ivawa mo`e se zakqu-iti da su stavovi adolescenata prema upotrebi alkohola uglavnom negativni, kao i wihovog okru`ewa i roditelja. Znatna je zastup~enost onih u~enika koji ovu pojavu smatraju modernom, prolaznom i bezopasnom. Sli~ni su stavovi okru`ewa ovih u~enika. Roditelji koji podr`avaju upotrebu alkohola kod svoje dece bilo svojim primerom ili odobravaju}im stavom, smatrawem pojave modernom, prolaznom i bezopasnom, mawe su zastup~eni u istra`ivawu u odnosu na roditelje ~iji su stavovo negativni, ali je zastup~enost ovakvih roditelja veoma zna~ajna u formirawu stavova u~enika prema upotrebi alkohola. Veliki je procenat roditelja koji nisu informisani o pojavi konzumirawa alkohola kod svoje dece. Nijedan ispitanik konzum-

ment alkohola u ispitivanim grupama ne`eli da prestane sa uno{ewem alkohola, {to jasno govori o pozitivnom, odobravanju}em stavu ovih u~enika prema konzumi rawu alkohola. Me|u konzumentima alkohola velika je zastup~enost pu{a~a, kao i onih koji koriste opijate, a najzastup~eniji su

konzumenti opijata i cigareta u kombinaciji.

Prema rezultatima statisti~ke analize zakqu~uje se da postoji statisti~ki zna-ajna razlika izme|u posmatranih grupa ispitanika koji su protiv konzumi rawa alkohola.

Literatura

1. Milosavcevi} M, Socijalna patologija, I nstitut za kriminolo{ka i sociolo{ka istra`ivawa, Beograd, 1998.
2. Mucilli G, Tomsom T, Isabellity M, The consumption alcohol the adolescents, Rew-Psych-Press, NY, 2000,57-9.
3. David B, Miller G, Opity D, Patterns of onset and cesation of drug usseover the early part of the life couse the adolescent and alcohol, USA, 2000, 56-9, 97-3.
4. Lauvie M, Bates ME, Pandina RJ, Age of first use its reliability and preventive alcohol by ado/escents, J-Int-Press,USA, 98-9, 57-4.
5. Kolansky H, Moore T, Toxic effects of chronic alcoholism by adolescents; USA, JAMA, 200J, 223-J89.
6. Zinsel M, Alpy R, Impact of contextual variables on adolescent situational expectation of alcohol use J-Drag-Edic, NY, 1999, 25-3, 11-23.
7. Harbach RL, Jones WR, Familfy beliefs among adolescent at risk for alcohol abuse, J-Drug-Edit; 2006, 57-7.
8. Crowley W, Treated deliquent, alcoholism by adolescents, Onet pattern relationship to conduct and mood disorder, J-Psych-Press; NY, 2000, 55-79,17.
9. Romano JL, School personnel training the prevention og alcoholism by adolescent and other dnig use, J-Psych, NY, 2003, 34-7.
10. Odgers P, Moris M, Reputation enhancenment theory and adolescent and alcohol use,Child-Psychol-Psychiatry, 2003, 37-6, 46-8.
11. Negel L, Studets self-reported the alcohol and substance use, by grade level andgender, J-Drug-Edut; NY, 2000, 18-9, 98-7.
12. Dembo R, Problems among youths entering the yuvenile justice system, their service need and innovative appmac-tes to adres them, Subst-Use-Misuse-Alc, 1999, 31-1, 81-94.
13. Testing for dnig and alcolism of abuse in children and adolescents, American Academy of Pediatrics Committe an Alcohos and Substance Abuse, Pediatri-Press, USA, 1999.
14. Weiss S, Moore M, Sources of alcohol and drugin formation among USA, Psych-Pres-J, NY2000, 11-7.
15. Tarter R, Norms and sensitive of the adolescents version of the drug use screening inventory, Addic-Behav, 2003, 20-2, 149-57.
16. Veli~kovi} M, Za{tita mentalnog zdrav~a mladih u Leskova-kom kraju sa posebnim osvrtom na rizik od bolesti zavisnosti, doktorska disertacija, Medicinski fakul tet Kragujevac; 2003, 12-79.

Informisanost anketiranih o pravima pacijenata u Zdravstvenom centru „Studenica“ - Krajevo

Q. Bawanac,¹ D. Tendjera Mili}evi},² N. Vukovi},³ D. Ka}evi}⁴

How People Who Took Part in the Pool are Informed About the Patients' Rights in the Health Centre "Studenica" Kraljevo

Lj. Banjanac, M.D., D.P.H.; D. Tendjera Milicevic, M.D., D.P.H.; N. Vukovic, M.D., D.P.H., Prim..

Sa`et ak. Uvod: Odnosi izme|u zaposlenih u zdravstvu i gra|ana, odnosno pacijenata, prilikom ostvarivanja zdravstvene za{tit e, zasnivaju se na uzajamnom poveru, uva`avaju i ~uvaju dostojanstva li~nost i.

Ciq rada jeste da se utvrdi stepen informisanosti pacijenata o njihovim pravima i obavezama u toku le~ewa.

Met od: Istravem je obuhva}ena petodnevna populacija otpusta, za istravu se koristio anonimni upitnik posebno dizajniran od strane tima za kvalitetu Zdravstvenog centra „Studenica“ Kraljevo. Podaci su obra|eni metodom deskriptivne statistike, a za testiranje zna~ajnosti razlike kori}en je X-test.

Rezultat i: Od ukupnog broja anketiranih 81 su osobe mu{kog pola, a 118 `enskog pola prose~ne starosti 50,20±19,34 godine. Najzastup}enija je sredwa stru~na sprema sa 44,2%. Rezultati pokazuju da je potpuno i delimi~no informisano o pravima kojima pripadaju po Zakonu 84,4% anketiranih pacijenata. Prava koja su istaknuta na oglasnoj tabli nisu jasna za svega 14,1% pacijenata, a ~ak ~etvrtina nije pro~itala informativni koji su dobili pri prijemu u bolnicu. Koje usluge se pla}aju ne zna go-

Summary. Introductions: Relationship between the employees in health service and the citizens, or, patients during their visit the health centre is based on correlative trust, respect and dignity of a person.

The aim of the pool is to determine how people are informed about their rights and obligations during therapy.

The population who was released from hospital in five days was taken part in this pool, and an anonymous questionnaire was used specially designed by the team for quality in the health center "Studenica" Kraljevo. Given data was worked on by methods of descriptive statistics, and the X²-test was used for testing of significance of differences.

Results: From the complete number of people who took part in the pool 81 persons were male and 118 were female. The average age was 50.20±19.34. Most of them finished secondary schools, 44.2%. The results show that 84.4% patients were completely and partly informed about their rights. The rights which are written on the board are not clear to 14.1% of patients, and even one fourth of them have not read the information book which was given to them when they were received to hospital. Almost one third of patients do not know what services must be paid, and

¹ Dr Qiqana Bawanac, specijalista socijalne medicine, Zavod za javno zdravqe Krajevo.

² Dr Dragana Tendjera Mili}evi}, specijalista socijalne medicine, Zavod za javno zdravqe Krajevo.

³ Dr Nada Vukovi}, specijalista socijalne medicine, Zavod za javno zdravqe Krajevo.

⁴ Dr Dragan Ka}evi}, specijalista socijalne medicine, Zdravstveni centar „Studenica“ Krajevo.

tove trećina pacijenata, a da su delimično ili potpuno informisani o svojoj bolesti i toku lečenja smatra 92,0%. Da imaju pravo na zaštitu privatnosti zna dve trećine pacijenata.

One su boće informisane o vrstama usluga koje se plaćaju, otpustu kući i davanju lekova kao i o aktivnom učešću u zaštiti i ouvawu svoga zdravlja. Pacijenti koji su mlađi od 65 godina boće su informisani o pravu na zaštitu podataka, prava na odbijanje predlozene medicinske intervencije i mogućnosti prekidanja lečenja davanjem pismene izjave.

Da je imenovan zaštitnik pacijent ovih prava u svakoj zdravstvenoj ustanovi upoznat o je 72,4% pacijenata, ali za kutiju za primedbe i pohvale i njihovu upotrebu informisano je samo 12,6%.

Key-words: informisanost pacijenata, prava iz Zakona o zdravstvenoj zaštiti.

Uvod

Odnosi između zaposlenih u zdravstvu i građana, odnosno pacijenata, prilikom ostvarivanja zdravstvene zaštite, zasnivaju se na uzajamnom poverenju, uvažavanju i uvažavanju dostojanstva ličnosti. Svaki lekar i drugi zdravstveni radnik profesionalno je obavezan na poštovanje etičkih načela svog poziva i zvanja, kao i obaveza zakonom regulisanih dužnosti prema životu i zdravlju svakog čoveka, bez obzira na pol, rasu, materijalno stanje, versku i nacionalnu pripadnost.¹

Zakon o zdravstvenoj zaštiti definiše prava pacijenata, i ona ga stavljaju u središte pružanja zdravstvenih usluga: „Svaki građanin ima pravo da zdravstvenu zaštitu ostvari uz poštovanje najvišeg mogućeg standarda ljudskih prava i vrednosti, odnosno ima pravo na fizičku i psihičku integritet i na bezbednost njegove ličnosti, kao i na uvažavanje njihovih moralnih, kulturnih, religijskih i filozofskih ubeđenja.“²

92.0% of patients are completely or partly informed about their illness during treatment. Two third of patients know that they have right for protection of privacy.

Women are better informed about the kinds of service which are paid, about the release from hospital and further treatment as about active protection and keeping their health. Patients, younger than 65 are better informed about their rights of privacy, right to refuse of suggested medical intervention and possibility of interrupting of treatment by giving written statement.

72.4% of patients know that there is a protector of patients' rights in each health institution, but only 12.6% are informed about the box for suggestions and complaints and its use.

Key words: getting patients informed, the rights from the Law about health protection.

Prema Zakonu o zdravstvenoj zaštiti svaki pacijent ima pravo na:

- **Dostupnost zdravstvene zaštite** u skladu sa zdravstvenim stanjem, a u granicama materijalnih mogućnosti sistema zdravstvene zaštite,
- **Obaveštenost** o dostupnim savremenim naučnim i tehnološkim mogućnostima i inovacijama u vezi njegovog lečenja na način prilagođen njegovoj dobi, nivou obrazovanja i emocionalnom stanju,
- **Slobodan izbor** doktora medicine, odnosno doktora stomatologije i zdravstvene ustanove, kao i na izbor različitih procedura neophodnih za dijagnostiku i lečenje njegove bolesti sa osvrtnom na moguće rizike i posledice po zdravlje pacijenta,
- **Privatnost i poverljivost informacija** koje je saopćio zdravstvenom radniku, uključujući i one koje se odnose na njegovo zdravstveno stanje, dijagnostičke i terapijske procedure,
- **Samoodlučivawe i pristanak** na predložene medicinske procedure, pri čemu saglasnost, odnosno izjava, o odbijanju

- predlo`ene intervencije mora biti sa-
~uvana u medicinskoj dokumentaciji,
- *Uvid u medicinsku dokumentaciju* u koju treba da budu evidentirane: anamneza, dijagnoza, terapija, kao i sve preduzete medicinske mere i saveti koji su dati pacijentu,
 - *Tajnost podataka* iz medicinske dokumentacije, jer se podaci iz medicinske dokumentacije tretiraju kao slubena tajna,
 - *Pristanak na medicinski ogled*, koji se dobija na osnovu detaljnog obave{tewa pacijenta o smislu, cilju, toku, rizicima i posledicama procedure a uz osigurawe u slu~aju nastanka {tete},
 - *Prigovor*, koji ula`e u slu~aju nezadovoljstva bilo pru`enom zdravstvenom uslugom, bilo postupkom prema wemu, ili pak ako mu je zdravstvena usluga uskra}ena,
 - *Naknada {tete}*, koju pacijent tra`i ukoliko zdravstveni radnik ili saradnik u toku pru`awa zdravstvene za{tite na~ini {tetu na telu pacijenta ili ako stru~nom gre{kom tih lica nastupi pogor{awe zdravstvenog stawa pacijenta,
 - *Obave{tavawe javnosti* o na~inu o~uvawu zdravca, sticawu zdravih `ivotnih navika, {tetnim faktorima `ivotne i radne sredine koje mogu imati negativne posledice po zdravce, kao i obave{tewe o za{titi zdravca u slu~aju izbijawa epidemije.²

Za vreme ostvarivawa zdravstvene za{tite i pacijenti imaju obavezu da aktivno u~estvuju u za{titi, o~uvawu i unapre|ewu zdravca, da potpuno i istinito informi{u zdravstvene radnike o svom zdravstvenom stawu, kao i da se pridr`avaju uputstava dobijenih od strane zdravstvenog radnika, odnosno saradnika, a u svrhu dijagnostike i le~ewa. Pacijenti su du`ni da se pridr`avaju op{tih akata zdravstvene ustanove o uslovima boravka i pona{awa u woj. Ukoliko pacijent zahteva da preki ne~ewe, i ako mu doktor medicine, odnosno stomatolo-

gije, uka`e na mogu}nost posledica zbog takve odluke, du`an je da napi{e pismenu izjavu koja se ~uva u medicinskoj dokumentaciji. U slu~aju kada se pacijent ne pridr`ava svojih obaveza, zdravstveni radnik mo`e otkazati pru`awe daqe zdravstvene za{tite, osim u slu~ajevi ma hitne medicinske pomo}i.

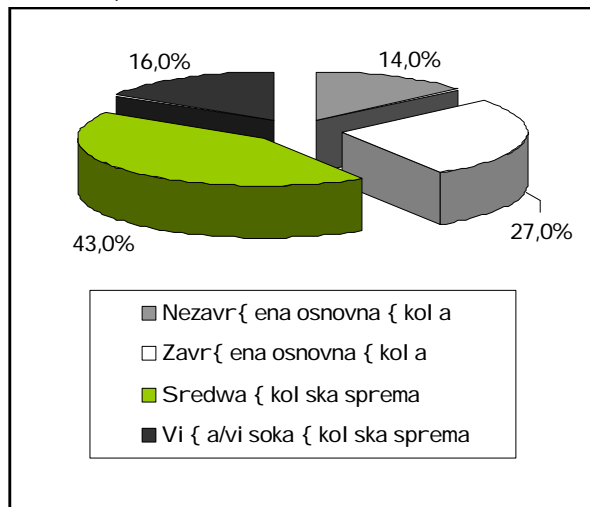
Ve}ih istra`ivawa u oblasti informisanosti pacijenata o poznavawu wihovih prava i obaveza kod nas do sada nije bilo.

Cilj rada jeste da se utvrdi stepen informisanosti pacijenata o wihovim pravima i obavezama u toku ostvarivawa zdravstvene za{tite. Istra`ivawem je obuhva}ena petodnevna populacija otpusta na svim odcqwima osim na de~jem i psihijatrijskom odcqewu. Za istra`ivawe se koristio anonimni upitnik posebno dizajniran od strane tima za kvalitet u Zdravstvenom centru „Studenica“ Kraqevo. Baza podataka je ra|ena u Excel-u, pri ~emu su podaci prethodno kodirani.

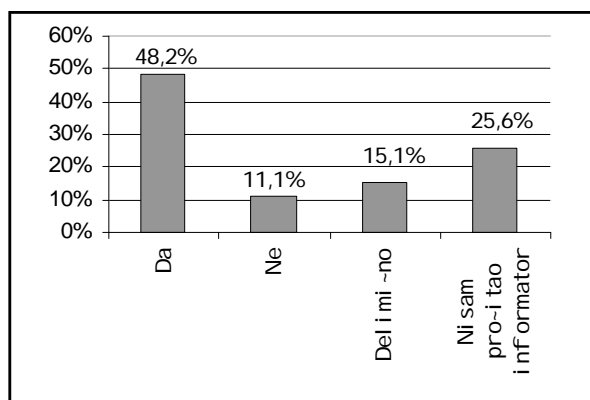
Za statisti~ku obradu kori{en je kompjuterski program SPSS (Statistical Package for Social Sciences) verzija 10.0. Podaci su obra|eni metodom deskriptivne statistike, a za testirawe zna~ajnosti razlike kori{en je X-kvadrat test (tablice kontigencije).

U Zdravstvenom centru „Studenica“ Kraqevo obavqeno je anketirawe pacijenata koji su zavr{ili bolni~ko le~ewe u periodu 29.10. do 2.11. 2007. godine o informisanosti o pravima pacijenata. Od 298 otpusta dobijeno je 199 popuwenih anketa, {to ~ini zadovoljavaju}u stopu odgovora od 66,8%.

Od ukupnog broja anketiranih 81 su osobe mu{kog pola, a 118 `enskog pola prose~ne starosti $50,20 \pm 19,34$ godine, pri ~emu su mu{karci ne{to starije dobi $58,22 \pm 17,20$ godina nego `ene $44,69 \pm 18,86$ godina, {to je i za o~ekivati jer je anketom obuhva}eno i ginekolo{ko-aku{ersko odcqewe. Najmla|i anketirani pacijent je starosti 17 godina a najstariji 85 godina. [to se ti~e zavr{ene {kole, najzastupqenija je sredwa stru~na sprema sa 44,2%, a najmawe je pacijenata sa nezavr{enom osnovnom {kolom (**grafikon 1**).

Grafikon 1. Struktura anketiranih prema stepenu stru-ne spreme.

Svega 15,6% pacijenata nije upoznato sa pravima koja im po Zakonu o zdravstvenoj zaštiti pripadaju, dok je 40,2% izjavilo da je informisano, a 44,2% da je delimično informisano o svojim pravima. Informacije koje su istaknute na oglasnim tablama a odnose se na prava pacijenata jasna su, odnosno delimično jasna za 86,0% anketiranih pacijenata, a nisu jasna za svega 28 anketiranih pacijenata, što je 14,1%. Bez te koje potrebnu službu, lekara ili medicinsku sestru može pronaći nešto više od dve trećine pacijenata (77,9%), 6,0% pacijenata imalo je problema, a 14,6% je delimično imalo te koje oko pronalaska potrebne

Grafikon 2. Mišljenje anketiranih o jasnoći informacija u informatoru za pacijente.

službe, odnosno osoba. Informator za pacijente koji su dobili pri prijemu u bolnicu nije pročitala jedna četvrtina pacijenata, a za polovinu pacijenata su informacije u wemu potpuno jasne (**grafikon 2**).

Gotovo polovina pacijenata je unapred obavestena o uslugama koje se plaćaju, nešto više od četvrtine je delimično obavesteno, a 28,6% nisu obavesteni. Više od polovine pacijenata smatra da neki pacijenti lakše rešavaju svoje probleme zato što poznaju nekog od zdravstvenih radnika, a 43,7% misli da su ti pacijenti privilegovani. 76,4% anketiranih je dobilo potrebne informacije o svojoj bolesti i toku lečenja, 8,0% nije, a mada od petine delimično. Dve trećine anketiranih zna da ima pravo na zaštitu privatnosti podataka o svom zdravstvenom statusu, jedna petina nije znala za to svoje pravo, a 11,1% delimično. Da imaju pravo da odbiju predloženu medicinsku intervenciju zna 74,9% pacijenata, obavesteno o otpustu kući i dačem lečenju dobilo je 89,4%, a da može da prekine lečenje davanjem pismene izjave znao je 72,9% (**tabela 1**).

Tabela 1. Informisanost pacijenata o pravu na samoodlučivanje i pristanak.

Pitanje	Da		Ne	
	n	%	n	%
Da li znate da imate pravo da odbijete predloženu medicinsku intervenciju?	149	74,9	50	25,1
Da li ste obavesteni o otpustu kući i dačem lečenju?	178	89,4	21	10,6
Da li znate da možete prekinuti lečenje davanjem pismene izjave?	145	72,9	54	27,1

Gotovo svi pacijenti (95,5%), znaju da imaju obavezu poštovanja kućnog reda, a da su dužni da aktivno učestvuju u zaštiti, oštivanju i unapređenju svoga zdravlja znao je 89,9% anketiranih.

Da postoji za{titnik pacijentovih prava zna 72,4% anketiranih pacijenata, a da postoji kutija za primedbe i `albe pacijenata i da su je upotreбили svega 12,6% pacijenata.

Primenom neparametrijskih statisti~kih testova ustanovqeno je da postoji statisti~ki zna~ajna razlika o informisanosti pacijenata o uslugama koje se pla}aju u odnosu na pol, pri ~emu su `ene boqe informisane ($x=7,924$, $df=3$, $p<0,05$). U odnosu na pol, tako|e postoji statisti~ki zna~ajna razlika kada je u pitawu obave{tenost o otpustu ku}i i daqem le~ewu ($x=4,372$, $df=1$, $p<0,05$) i kod pitawa o obavezi da aktivno u~estvuju u za{titi i ~uvawu svoga zdravqa ($x=5,438$, $df=3$, $p<0,05$), pri ~emu su oba puta `ene boqe informisane od mu{karaca.

Posmatrano u odnosu na stepen stru~ne sprema nema statisti~ki zna~ajne razlike kod gotovo svih pitawa koja se odnose na poznavawe prava pacijenata, osim kada je u pitawu informisanost o otpustu ku}i i daqem le~ewu gde su boqe informisani pacijenti sa sredwom i vi{om/vi sokom stru~nom spremom ($x=9,631$, $df=3$, $p<0,05$).

Kada smo izdvojili anketirane prema godinama starosti u dve dobne grupe, do 65 godina i preko 65 godina, u prvoj dobnoj grupi bilo je 144 pacijenta, odnosno 72,4%, a u drugoj dobnoj grupi 55 pacijenata, odnosno 27,6%. Primenom neparametrijskih statisti~kih testova u odnosu na ove dve dobne grupe, tj. prema starosti, dobili smo postojawe statisti~ki zna~ajne razlike kod slede}ih pitawa: prava na za{titu privatnosti podataka ($x=6,215$, $df=2$, $p<0,05$), prava na odbijawe predlo`ene medicinske intervencije ($x=6,887$, $df=1$, $p<0,05$) i mogu}nosti prekida le~ewa davawem pismene izjave ($x=6,362$, $df=1$, $p<0,05$), pri ~emu su boqe in-

formisani anketirani pacijenti koji su mla|i od 65 godina.

Zakqu~ak

Rezultati sprovedene ankete u Zdravstvenom centru „Studenica“ Kraqevo o informisanosti o pravima pacijenata pokazuje da je potpuno i delimi~no informisano o svojim pravima koja im pripadaju po Zakonu o zdravstvenoj za{titi 84,4% anketiranih pacijenata. Prava koja su istaknuta na oglasnoj tabli nisu jasna za svega 14,1% pacijenata, a ~ak ~etvrtina nije pro~itala informator koji su dobili pri prijemu u bolnicu. Koje usluge se pla}aju ne zna gotovo tre}ina pacijenata, da pojedini pacijenti br`e re{avaju svoje zdravstvene probleme zato {to poznaju nekog od zdravstvenih radnika misli vi{e od polovine anketiranih, a da su delimi~no ili potpuno informisani o svojoj bolesti i toku le~ewa smatra 92,0%. Da imaju pravo na za{titu privatnosti zna dve tre}ine pacijenata, a da mogu da odbiju predlo`enu intervenciju tri ~etvrtine anketiranih.

@ene su boqe informisane o vrstama usluga koje se pla}aju, otpustu ku}i i daqem le~ewu, kao i o aktivnom u~e{u u za{titi i o~uvawu svoga zdravqa. Pacijenti koji su mla|i od 65 godina boqe su informisani o pravu na za{titu podataka, prava na odbijawa predlo`ene medicinske intervencije i mogu}nosti prekida le~ewa davawem pismene izjave.

Da je imenovan za{titnik pacijentovih prava u svakoj zdravstvenoj ustanovi upoznato je 72,4% pacijenata, ali za kutiju za primedbe i pohvale i wihovu upotrebu informisano je samo 12,6%.

Lit eratura:

1. Prof. dr Predrag Dovijani}: Obaveze i prava bolesnika u toku le~ewa u bolnici; Bolnica, lekar, bolesnik, Beograd 1996.
2. Ministarstvo zdravqa Republike Srbije: Qudska

prava i vrednosti u zdravstvenoj za{titi i prava pacijenata; Zakon o zdravstvenoj za{titi, Sl. glasnik broj 107., Beograd 2005.

Stru-ni i nau-ni radovi

Cervikalni i lumbalni sindrom kod radnica pregledanih na Institutu za medicinu rada

Z. Brajovi},¹ B. [u{ t ran,² V. [u{ t ran,³ M. Bogdanovi},⁴ V. Bogdanovi}⁵

Cervical and Lumbar Syndrome in Workers tested on the Institut for Labour Medicine

Z. Brajovic, B. Sustran, V. Sustran, M. Bogdanovic, V. Bogdanovic

Sa`etak. Bolest i muskul oskel et nog si-
st ema su najzast upcjenije me|u bolest ima u
vezi sa radom (work-related musculoskeletal di-
sorders, WMD), a me|u wima su cervikalni i
lumbalni sindrom naj-e{ }i. Polo`aji t ela
t okom rada, repet it ivni pokret i, st at i ~-
ka i di nami ~ka opt ere}ewa mi { i }a, fizi ~-
ko naprezawe, mehani ~ki prit isci na delove
t ela, izlagawe vibracijama, nepovoqni uslo-
vi rada (niske t emperat ure), monot onija,
psihosocijalni fakt ori na radu, umor, krat -
ke pauze izme|u akt ivnost i i produ`en rad
jesu provoci rajuj i fakt or za pojavu simpt o-
ma i va`an ~inilac za br`i razvoj WMD.
@ene su zbog svoje konst it uci je i dodat nih
porodi ~nih obaveza posebno rizi ~na grupa za
bol est i muskul oskel et nog si st ema.

Ciq: Prikazat i prof il radnica kod ko-
jih je ut vr|en cervikalni i/i li lumbalni
sindrom u odnosu na vrst u zanimawa, vrst u
delat nost i i klini ~ku sliku/dijagnozu.

Mat erijal i met od: I z ambul ant nih
ekspert iza ura|enih na I nsi t ut u za medi-
cinu rada „Dr Dragomi r Karajovi }“, u jed-

Summary. Work related musculoskeletal
disorders, WMD, are the most common among
the work related diseases, especially cervical
and lumbar syndrome. Positions of the body
during the working proces, repetitive move-
ments, static and dynamic burdening of mus-
cles, physical strain, mehanical pressure at
various parts of the body, exposure to vibra-
tions, unfavourable working conditions (low
temperature), monotony, psychosocial factors
at work, fatigue, small pause between activ-
ities and prolonged working are provoking
factors for occurrence of WMD. Women are a
particularly risky group for musculoskeletal
disorders because of their constitution and
family obligations.

The aim of this work is to present the pro-
file of female workers who were diagnosed cer-
vical and lumbar syndrome, related to occupa-
tion, activities and clinical appearance.

Material and methods: We have analysed
ambulance expertize from the Institute in one
year period of female workers with diagnosed
cervical and lumbar syndome (we have includ-

¹ Dr Zorica Brajovi}, specijalista medicine rada i rehabilitacije. Institut za medicinu rada „Dr Dragomi r Karajovi }“, Beograd.

² Dr Branka [u{ tran, specijalista medicine rada. Institut za medicinu rada „Dr Dragomi r Karajovi }“, Beograd.

³ Dr Vasa [u{ tran, specijalista medicine rada. Dom zdravca „Vra-ar“, Beograd.

⁴ Dr sc. med. Milka Bogdanovi}, specijalista medicine rada. Institut za medicinu rada „Dr Dragomi r Karajovi }“, Beograd.

⁵ Prim. dr Vesna Bogdanovi}, specijalista pedijatrije, Dom zdravca „Zvezdara“, Beograd.

nogodištem periodu analizirane su radnice kod kojih je u zaključku data dijagnoza cervikalnog i lumbalnog sindroma (dijagnoze po MKB-10 podskupinama M 47, M 50, M 51, M 53 i M 54) u odnosu na starost, radni status, radno mesto, vrstu delatnosti i kliničku sliku. U statističkoj obradi podataka korišten je SPSS-program.

Rezultati: U posmatranom periodu je kod 79 radnica utvrđen cervikalni i ili lumbalni sindrom, prosečne starosti $46,56 \pm 5,55$ godina, ukupnog radnog staža $22,48 \pm 6,33$ godine. Većina njih su bile zdravstvene radnice, 22,8% spremačice, a 17,7% administrativne radnice. Prema oblasti delatnosti 31,6% je radilo u zdravstvenim ustanovama, zatim u administrativnim službama 19% i u mašinskoj industriji 8,9%. Oko polovine ispitanica koje su najčešće radile kao spremačice u zdravstvu imalo je tegobe u sklopu oba sindroma, zatim lumbalni sindrom (27,8%) i cervikalni sindrom (20,3%). Neurološkim pregledom su kod 25,3% utvrđeni ispadi u vidu lumbalne radiokulopatije, kod 2,5% cervikalna i lumbalna radiokulopatija, kod jedne osobe pareza nerva noge/cervikalna radiokulopatija, dok je bez neuroloških ispada bilo ukupno 69,6% radnica. U 17,7% žena rađena je EMNG-ija koja je potvrdila dijagnozu radiokulopatije i u 7,6% MRI koji je kod pet radnica ukazao na proturzijsku diska u lumbalnom, a kod jedne u cervikalnom predelu.

Zaključak: Analiza je pokazala da zdravstvene radnice i spremačice imaju češće tegobe u sklopu cervikalnog i lumbalnog sindroma, što se može utvrditi zahtevima radnog mesta i položajima tela tokom rada. Mnoge stvari u svetu navode povećan rizik – zahtevi radnog mesta, nega nepokretnih, prinudni položaji, naprezavanje, nagli pokreti i produženi rad, za pojavu bolova u vratu i lumbalnoj regiji. Radi prevencije muskuloskeletnih bolesti u vezi sa radom (WMD), potrebno je uraditi adekvatnu procenu rizika na radnom mestu za WMD, na osnovu koje bi se davali predlozi za ergonomska rešenja sa evaluacijom efekata datih predloga.

ed MKB10 codes from M47 to M54) related to age, years of working, working place, activities and clinical appearance. For statistical analysis we used SPSS program.

Results: In the observed period 79 female workers were diagnosed cervical and lumbal syndrome, average age 46.56 ± 5.55 years, total years of working 22.48 ± 6.33 years. One quarter of them were health workers, 24.1% (19), 22.8% (18) were cleaning staff, and in the third place were administrative workers 17.72% (14). Related to sphere of action 31.6% (25) were working in health institutions, then in administrative institutions 19% (15) and in the machine industry 8,9% (7). Half of them had both syndroms 51.9% (41), lumbal syndrome had 17.8% (22) and cervical syndrome was found in 20.3% (16). Neurological examination found lumbal radioculopathy in 25.3% (25) female workers, cervical and lumbal radioculopathy were found in 2.5% (2), in one person we established paresis of the leg nerv and in one person cervical radioculopathy was found. Without neurological studies were 69.6% (55) female workers. EMNG – phy confirmed diagnoses of radioculopathy in 17.7% (14) female workers and MRI showed protrusions of i.v. disk in lumbal region in 5 workers and one in cervical region.

Conclusion: This analysis showed that female workers in health institutions and cleaning staff have often complaints on cervical and lumbal syndrome. We can explain that with demands of working place and various positions of body during the working time. Many studies in the world state that there is high risk for cervical and lumbal syndrome among the female health workers because of the demands of the working place, nursing immobile persons, forced positions, exertions, quick movements and prolonged working time. For prevention of WMD we need to make adequate risk assesment at the working place and then make suggestions for ergonomic solutions and evaluate effects of these propositions.

Bolesti muskul oskeletnog sistema jesu najzastupljenije me|u bolestima u vezi sa radom (work-related musculoskeletal disorders, WMD), a me|u wima su cervikalni i lumbalni sindrom naj~e{i. Uzrok pojave bolova u vratu i krstima je multifaktori-jalan, tako da se sama dijagnoza ne mo`e uvek postaviti objektivnim pregledom, ve} zavisi od anamnesti~kih podataka. Procena je da oko 80 odsto op{te populacije u toku `ivota ima bar jedan atak bolova, a kod ve}ine se javqaju recidivi tegobe posle prvog ataka, pri ~emu je kod jedne tre}ine uzrokovana nekim faktorom na radnom mestu.

Polo`aji tela tokom rada, repetitivni pokreti, stati~ka i dinami~ka optere}ewami{i}a, fizi~ko naprezawe, mehani~ki pritisci na delove tela, izlagawe vibracijama, nepovoqni uslovi rada (niske temperature), monotonija, psihosocijalni faktori na radu, umor, kratke pauze izme|u aktivnosti i produ`en rad jesu provociraju}i faktor za pojavu simptoma i va`an ~inilac za nastanak i razvoj WMD. Stil `ivota – smawena fizi~ka aktivnost, gojaznost, pu{ewe, samo su dodatni kofaktori za br`i razvoj degenerativnih promena.

Ciq rada

Ciq rada jeste da se prika`e profil radnica kod kojih je utvr|en cervikalni i/ili lumbalni sindrom u odnosu na vrstu zanimawa, vrstu delatnosti i klini~ku sliku.

Mat erijal i metod

Iz ambulantnih ekspertiznih obrada na I nsi tutu za medicinu rada „Dr Dragomir Karajovi}“ - Beograd, u jednogodi {wem periodu analizirane su radnice kod kojih je u zakqu~ku postavqena dijagnoza cervikalnog i lumbalnog sindroma, (ukqu~ene su dijagnoze po MKB 10 pod {iframa: M 47, M 50, M 51, M 53 i M 54) u odnosu na starost, radni sta`, radno mesto, delatnost i klini~ku sliku.

Rezultati

U posmatranom periodu kod 79 radnica je utvr|en cervikalni i/ili lumbalni sindrom, prose~ne starosti $46,56 \pm 5,55$ godina, ukupnog radnog sta`a URS $22,48 \pm 6,33$ godine.

Tabela 1. Zanimawa radnica i prose-na starost

Zanimawe	Broj	%	Prose-na starost /godine/	Radni sta` /godine/
Zdravstvene radnice	19	24,1	45,21	21,74
Sprema-ice	18	22,8	49,45	19,56
Admi ni strati vne radnice	14	17,7	49,43	24,21
Dakti lografki we	5	6,3	42,60	22,60
Prodava-ice	5	6,3	45,40	23,40
Servi rke i kel neri ce	5	6,3	48,40	24,00
Metal ske radnice	3	3,9	46,33	24,67
[i va-ice	2	2,5	46,00	18,50
Obu}arske radnice	2	2,5	50,00	30,50
Hemi jske radnice	2	2,5	44,50	17,50
Pekarke	2	2,5	43,00	23,00
@ene prof. voza-i	1	1,3	42,00	25,00
Grajev. tehni -ari	1	1,3	55,00	32,00
Ukupno	79	100,0	46,56	22,48

Najbrojnije među ispitanim radnicima, približno četvrtina (19 ili 24,1%) bile su zdravstvene radnice, oko petina (18 ili 22,8%) spremačice, dok su se na trećem mestu sa 17,72% nalazile administrativne radnice (**tabela 1**).

Prema oblasti delatnosti jedna trećina (31,6%) je radila u zdravstvenim ustanovama i 19% u administrativnim službama, tako da je polovina svih radnica iz ove dve delatnosti, a na trećem mestu su radnice iz mašinske industrije, 7 ili 8,9%, (**tabela 2**).

Tabela 2. Distribucija radnica prema delatnosti.

Vrsta delatnosti	Broj	%
Rudarstvo	1	1,3
Mašinska	7	8,9
Metalška industrija	1	1,3
Gravelinarstvo	4	5,1
Tekstilna	1	1,3
Hemijska	5	6,3
Prehrambena	2	2,5
Kožarska industrija	2	2,5
Zdravstvo	25	31,6
Energetika	2	2,5
Saobraćaj i veze	1	1,3
Administracija	15	19,0
Trgovina	6	7,5
Ugostiteljstvo	3	3,8
Ostalo	4	5,1
Ukupno	79	100,0

Polovina radnica je imalo tegobe u sklopu oba sindroma 41 (51,9%), koje su najčešće radile kao spremačice u zdravstvu, sa lumbalnim sindromom je bilo 22 (27,8%) i sa cervikalnim 16 (20,3%) (**tabela 3**).

Neurološkim pregledom su kod 25 (25,3%) radnica utvrđeni ispadi u vidu lumbalne radiikulopatije, kod dve (2,5%) cervikalna i lumbalna radiikulopatija, kod jedne osobe pareza nerva noge i kod jedne radnice samo cervikalna radiikulopatija. Bez neuroloških ispada je bilo 55 (69,6%) radnica (**tabela 4**).

Tabela 3. Distribucija radnica prema dijagnozi

Dijagnoza	Lumbalni sindroma	Cervikalni sindroma	Oba sindr.	Ukupno
Broj	22	16	41	79
%	27,8	20,3	51,9	100,0

Tabela 4. Neurološki status kod radnica

Neurološki status	Broj	%
cervikalna radiikulopatija	1	1,3
lumbalna radiikulopatija	20	25,3
pareza nerva noge	1	1,3
cervikalna i lumbalna radiikulopatija	2	2,5
bez neurološkog deficita	55	69,6
Ukupno	79	100,0

Kod 14 (17,7%) ispitanih radnica urađena je EMNG-ija koja je potvrdila dijagnozu radiikulopatije i kod šest (7,6%) MRI koji je kod pet radnica ukazao na protruziju diska u lumbalnoj regiji i kod jedne u cervikalnoj.

Diskusija

Bolesti lokomotornog sistema postaju u svetu sve veći ekonomski problem. Procena je da u razvijenim zemljama smawuju brutto društveni proizvod za 1 do 2%. Studije rađene krajem prošlog veka pokazale su da bolesti lokomotornog sistema koštaju UK 120 dolara godišnje, u Švedsku 290 dolara i Holandiju 323 dolara godišnje po stanovniku, od čega direktni troškovi za lečenje iznose oko 10%, a indirektni, zbog bolovanja, invalidizirawa i smawene produktivnost po stanovniku 90% (podaci OECD). Zemlje u tranziciji ne raspolažu podacima takve vrste, ali se može pretpostaviti da su ekonomski gubici tako značajni.

Postoje mnogi preventivni programi u smislu uvođenja dodatnih pauza u radu, izvođenja aktivnog odmora, nova ergonomska rešenja u cilju smawewawa incidence muskulor-

skeletnih bolesti u vezi sa radom. Neke studije u svetu navode ve}u u-estalost bolova u ki~mi kod radnika mu{ kog pola (SAD, Japan), dok su neke studije iz Evrope (Nema-ka, Francuska) utvrdile ve}u prevalencu me|u radnicama. @ene zbog svoje konstitucije, biolo{ kih funkcija - trudno}a, ra|awe i razne dodatne porodi~ne obaveze - predstavqaju posebno rizi~nu grupu za bolesti muskuloskeletnog sistema.

Mnoge studije u svetu navode pove}an rizik za bolove u vratu i lumbalnom delu ki~me kod medicinskih sestara, { to se obja{ wava zahtevima radnog mesta: nega nepokretnih, prinudni polo`aji, naprezawe, nagli rotacioni pokreti i produ`eni rad. Sprema~ice su tako|e izlo`enije riziku jer je wihov rad vezan za prinudne polo`aje i naprezawe tokom rada. Tre}e mesto, koje prema u-estalosti pove}anog rizika za bolna le|a pripada administrativnim radnicama, mo`e se objasniti dugotrajnim sede}im polo`ajem kao nepovoljnim za ki~meni stub.

Pored polo`aja i naprezawa tokom rada, na pojavu tegoba uti~u i drugi faktori sa radnog mesta koji ovde nisu analizirani (stres na radnom mestu, visoki zahtevi na radu bez samokontrole u tempu rada, interpersonalni odnosi u horizontalnom i vertikalnom pravcu (odnos sa kolegama i sa pretpostavqenim), mogu}nost napredovawa, zadovolqstvo poslom, visina nadoknade, tj. plate, vid zdravstvenog osigurawa i sli~no.

Zakqu-ak

Analiza posmatranih obele`ja u ovom ispitivawu pokazala je da zdravstvene radnice, sprema~ice i administrativne radnice imaju ~e}e tegobe u sklopu cervikalnog i lumbalnog sindroma, { to se mo`e tuma~iti ~iwenicom da pored drugih etiolo{ kih faktora na pojavu ovih tegoba uti~u i zahtevi radnog mesta i odre|eni polo`aji tela tokom rada.

Zanimqivo je da oko polovina radnica poti~e iz zdravstvenih i administrativnih ustanova, { to mo`e ukazivati na wihov lak{ i pristup zdravstvenim uslugama, jer je zanemarqiv broj `ena iz proizvodnih zanima-wa, kao i da me|u zdravstvenim radnicama domini raju medicinske sestre.

Mogu}a re{ ewa ovog sve prisutnijeg problema nalaze se u prevenciji, { to iziskuje adekvatnu izradu propisa za procenu rizika od bolesti muskuloskeletnog sistema na svim radnim mestima, prema kojima bi se davali predlozi za pronala`ewe boqih ergonomskih re{ ewa - radno mesto u smislu visine i veli~ine radnog stola, dimenzija i oblik stolice za rad, oblik ru~ica, rukohvata i drugih sredstva i alata za rad, korekcije ritma rada - uvo|ewe po potrebi dodatnih odmora tokom rada sa evaluacijom efekata datih predloga. Tako|e, potrebno je sprovoditi i druge mere prevencije, od promocije zdravqca na radu i uop{ te aktivnog odmora, smawewa gojznosti, uspostavqawa pravilnog obrasca ishrane, prestanka pu{ ewa, do upravqawa stresom na poslu i drugo.

Lit eratura

1. Anderson GBJ. Epidemiological features of chronic low-back pain. *Lancet* 1999;354:581-585.
2. J Alcouffe, P Manillier, M Brehier, C Fabin and F Faupin. Analysis by sex of low back pain among workers from small companies in the Paris area: Severity and occupational consequences *Occup. Environ. Med.* 1999; 56:696-70
3. Leijon O., Bernmark F., Karlquist I., Harenstam A.. Awkward work postures: Association with occupational gender segregation. *AM J Ind Med* . 2005 May; 47(5):381-93.
4. Fishbain D.A.; Cutler R.B.; Cole B.; Lewis J.]; Smets E.2; Rosomoff H.L.; Rosomof R.S .Are Patients with
- Chronic Low Back Pain or Chronic Neck Pain Fatigued?: *Pain Medicine*, Vol.5, Number 2, June 2004 , pp. 187-195(9)
5. Maul I, Läubli T, Klipstein A, Krueger H. Course of low back pain among nurses: A longitudinal study across eight years *Occup. Environ. Med.* 2003; 60:497-503
6. Smedley J, Trevelyan F, Inskip H, Buckle P, Cooper C, Coggon D. 2003. Impact of ergonomic intervention on back pain among nurses *Scand J Work Environ Health* 29: 117-123.

Osnovni zadaci glavne medicinske sestre*

P. Dujanovi }¹

Mada status glavne medicinske sestre u na{ im zdravstvenim ustanovama nije jo{ jasno odre|en, ipak se u posledwe vreme, delom po uzoru koji pru`aju i druge zemqe, delom po na{ em vlastitom iskustvu, zna ili vi{ e-mawe pretpostavqa { ta bi sve glavna medicinska sestra trebalo da radi, ~ime i kim da upravqa, pa prema tome i za { ta da odgovara.

Do neodlu~nosti u ta~nom odre|ivawu zadataka glavne medicinske sestre dolazilo je kako zbog raznovrsnosti zdravstvenih ustanova, tako i zbog veoma raznolikog { kolovawa i sposobnosti medicinskih sestara. Me|utim, mi danas raspolamo izvesnm, ako ne mo`da i potpuno dovoqnim, brojem medicinskih sestara koje su dovoqno { kolovane n koje su ve} stekle praksu u radu, te prema tome mogu da preuzmu u potpunosti te{ ke i odgovorne zadatke glavne medicinske sestre.

Postavqano je pitawe da li svaka zdravstvena ustanova treba da ima glavnu medicinsku sestru, tj. gde je ona dowa granica u odnosu na broj medicinskog osobqa kod koje se ve} ispoqava potreba da neka iskusnija medicinska sestra rukovodi i nadzire rad tog osobqa. Jasno je da je tu dowa granicu te{ ko odrediti, pa se zato i pojavquje mi{ qewe da glavnu medicinsku sestru treba postaviti bez obzira na broj tog osobqa. Mislm da je najpravilnije re}i da glavnu medicinsku sestru treba imenovati u svakoj zdravstvenoj ustanovi u kojoj opseg poslova upravniku ne omogu}ava pregled rada celokupnog osobqa, a naro~ito rada onog osobqa koje je zaposleno na nezi bolesnika. Pod

negom se ovde podrazumevaju i sve usluge i sl. koje sredwe i ni`e medicinsko osobqe pru`a bolesnicima i posetiocima zdravstvenih ustanova. Ima i takvih koji zastupaju mi{ qewe da bi glavnu medicinsku sestru trebalo postaviti ~im u ustanovi rade vi{ e od tri zdravstvena radnika sa ni`om, odnosno, sredwom stru~nom spremom. Jasno je da glavna medicinska sestra u maloj ustanovi mo`e da radi i poslove medicinske sestre u ordinaciji kod lekara, na odeqewu, i sli~no.

Iz ovoga { to je re~eno proizlazi jedan od osnovnih zadataka glavne medicinske sestre, a to je: rukovo|ewe radom sredweg i ni`eg medicinskog osobqa i nadzor nad tim radom. Definicija je jednostavna, ali po{ to ona povla~i za sobom i mnoge druge sporedne zadatke (ako se tako mo`e re}i), to }emo ih nabrojati i ukratko definisati i opisati.

Me|u osnovne poslove glavne medicinske sestre ubrajaju se u prvom redu:

- administrativno-upravni poslovi;
- nadzor nad radom u radnim jedinicama (prevenstveno medicinskog karaktera);
- rad na usavr{ avawu medicinskog osobqa sa sredwom i ni`om medicinskom spremom;
- saradwa sa lekarima i ostalim osobqem zdravstvene ustanove;
- odabi rawe, raspore|ivawe, ocewivawe, i unapre|ivawe osobqa sa sredwom i ni`om medicinskom spremom;
- nadzor nad odr` avawem ~isto}e i higijene u ustanovi;
- tehnika, ekonomija, plani rawe, i sli~no,

¹ Prim. dr Petar Dujanovi }, vi{ i savetnik SI V-a za narodno zdravqe.

* Preneto iz Biltena Udru`ewa zdravstvenih ustanova Srbije, mart, 1961. godine.

- medicinske i druge opreme potrebne za negu i le~ewe bolesnika odnosno za medicinsko poslovanje zdravstvene ustanove;
- humanizacija ustanove, kako u odnosu na bolesnike i posetioce, tako i u odnosu na uposljeno osoblje;
 - zdravstvena evidencija i statistika;
 - saradnja sa nemedicinskim radnim jedinicama;
 - usavr{ avanje pomo}nog radnog osoblja, kao { to su sprema~ice, servirke, kuhinje socijalne pomo}nice;
 - itd.

Administrativno-upravni poslovi

Glavna medicinska sestra je u prvom redu stru~ni savetnik upravnika zdravstvene ustanove po pitawima nege bolesnika i rada osoblja sa sredinom i ni`om medicinskom spremom. Ona je, sem toga, u neku ruku, veza i zme|u administrativnih i tehni~kih jedinica sa jedne strane i medicinskih jedinica sa druge strane.

Glavna medicinska sestra du`na je da obave{ tava upravnika bolnice o svim poslovima koji se obavqaju u wenom domenu rada, o te{ ko}ama koje nastanu, o predlozima i zahtevima pojedinih radnih jedinica itd. Pored toga ona treba i da predla`e promene koje bi trebalo izvesti na bolesni~kim odcqwima i medicinskim jedinicama, po~ev od kadrovskih problema pa sve do upotrebe prostorija i opreme, te preure|ewa i adaptacije. „Upravnik bolnice treba da na svoju ustanovu gleda o~ima svoje glavne medicinske sestre“, rekao [. [ilar, direktor bolni~kog centra u Man-u (Francuska), u predavawu koje je odr`ao u Sevr-u u toku Studijskih dana posve}enih glavnoj medicinskoj sestri, juna 1960. godine. To je mogu}e jedino ako je ta sestra disciplinovana, stru~no izgra|ena, obrazovana, objektivna i u toku svih doga|aja koji se odnose na rad ustanove.

Va`an zadatak glavne medicinske sestre, u odnosu na poslove uprave, jeste i taj da o

odlukama i smernicama uprave blagovremeno obave{ tava osoblje koje radi pod wnim nadzorom. Osoblje, naime, treba pravilno da shvati namere saveta, upravnog odbora i upravnika ustanove, jer }e jedino u tom slu~aju sa razumevawem i li~nim zalagawem prilaziti svim poslovima i te poslove osetiti kao svoje vlastite. Mislim da nije potrebno nagla{ avati koliko je va`no da glavna medicinska sestra prisustvuje svim sastancima saveta, upravnog odbora i stru~nog kolegijuma i to bez obzira na dnevni red. Weno u~estvovanje u diskusiji korisno je jer ona najbolje poznaje stawe u ustanovi i mo`e svojim mi{ qwem ili referatom znatno doprineti da ti organi zauzmu pravilan stav i donesu najbolje odluke.

U posledwe vreme sve se vi{ e obra}a pa`wa psiholo{ koj obradi osoblja „koje treba da oseti uslove pod kojima se izvesni poslovi obavqaju, tj. te{ ko}e, okolnosti, materijalno ulagawe, zalagawe kolektiva i koristi koje iz tih poslova proizilaze“. Kod nas se osamostalqwem zdravstvenih ustanova i prelaskom na nov na~in raspodela prihoda li~na zainteresovanost osoblja znatno pove}ala. To mo`e da izazove i pozitivne i negativne pojave, pa ~ak i `equ da se li~ni prihodi pojedina~a pove}aju na ra~un standarda le~ewa i nege bolesnika. Glavna medicinska sestra du`na je da takve tendencije blagovremeno uo~i i spre~i. Wena je du`nost, razume se, da osoblju pod wnim nadzorom objasni tendenciju svakog propisa i da se bori za wihovu pravilnu primenu. Osoblje koje sa razumevawem i savesno primewuje zakonske propise i uputstva koja izdaje uprava doprinosi znatno vi{ e izvr{ avawu zadataka ustanove. Pri tome glavna medicinska sestra ne sme da zaboravi da osoblje mo`e imati opravdane primedbe, a i vrlo dobre predloge. Zato je neophodno potrebno da glavna medicinska sestra prisustvuje i svim radnim sastancima medicinskih sestara, babcica, bolni~arki itd., i da na tim sastancima u~estvuje u diskusiji i objektivno saslu{ a i oceni predloge i primedbe.

Va`an zadatak glavne medicinske sestre jeste i saradwa sa raznim {ef ovima iz upravnog aparata ({ef ra-unovodstva, ekonom), a u prvom redu sa referentom za personalne poslove. Ta saradwa je naro~ito va`na pri odabirawu osobqa za rad sa bolesnicima i pri dono{ewu odluke za wihov preme{taj sa jednog na neko drugo radno mesto. Ova saradwa bi}e plodonosna ako glavna medicinska sestra poznaje proces rada i optere}ewe svakog radnog mesta i intelektualne i fizi~ke sposobnosti osobqa.

Glavna medicinska sestra ~esto dolazi u kontakt sa ekonomom, magacionerom, {ef om radi onice itd., {to zahteva veliku pa`wu i takti~nost, zbog mogu}eg uplitawa u nadle`nost pomo}nika upravnika. Ovo, sem toga, tra`i i dobro poznavawe ekonomike, dinamike i odvijawa svih poslova ustanove kako u toku jednog dana, tako i u toku du`ih perioda vremena.

Saradwa pomo}nika upravnika i glavne medicinske sestre mora da bude osnovna poluga za sinhronizowawe i pravilno usmerawawe medicinskih i administrativno-ekonomskih poslova. Ako ta saradwa ne postoji, onda dolazi do zastoja, do pojave uskih grla, do pove}awa tro{kova i do nezadovoljstva kako osobqa tako i bolesnika. Kod toga je neobi~no va`no da se ova dva upravna radnika dobro sla`u, odluke donose zajedni~ki kad god je to mogu}e, i da se jedan ne upli}e u nadle`nost i prava drugog.

Postavqeno je ve} vi{e puta pitawe da li trebowawe materijala za razne medicinske jedinice (ordinacije, kabinete, odeqewa) treba da overava i odobrava pomo}nik upravnika ili glavna medicinska sestra. Ne mo`e se ni u kom slu~aju osporiti zainteresovanost pomo}nika upravnika za ekonomsko poslowawe u svim jedinicama. Ali se u isto vreme mora podvu}i da on nije uvek u stawu da oceni potrebu trebowanog materijala, a da je, naprotiv, glavna medicinska sestra u mogu}nosti da to sasvim objektivno i stru-nog proceni. Pravilnicima o radu ustanove mo`e se predvideti na~in koji najboqe odgovara, ali se svuda podvla~i da

bi ta trebowawa glavna medicinska sestra morala bar da vidi (overi), nazna~i svoje primedbe, a tek nakon toga da pomo}nik (ili upravnik gde nema pomo}nika) odobri izdatke.

Po{to je glavna medicinska sestra najboqe upoznata sa potrebama raznih jedinica, to je wena uloga u nabavqawu materijala koji odgovara tim potrebama veoma va`na. Ovo se naro~ito odnosi na nabavku tekstila, name{taja i medicinske opreme za negu bolesnika, te se insistira na tome da glavna medicinska sestra bude ~lan odgovaraju}ih nabavnih komisija, ili da te komisije odlu~uju tek nakon dobijawa mi{qewa od glavne medicinske sestre.

Zadaci u odnosu na radne jedinice (odeqewa)

Glavna medicinska sestra ne sme nikad da zaboravi da je wen osnovni zadatak briga o bolesniku. Na `alost, usled preoptere}enosti administrativnim poslovima ~esto se doga|a da se ovaj zadatak prenebregne, pa i potpuno zapostavi. U tom slu~aju glavna medicinska sestra pretvara se u obi~nog upravno-administrativnog slu`benika.

Jasno je da se glavna medicinska sestra u jednoj velikoj zdravstvenoj ustanovi ne mo`e baviti konkretnom negom bolesnika i da se wena du`nost vi{e sastoji u nadzoru kako se ta nega obavqa i kakav je uop{te odnos prema bolesnicima, wihovim praticima i ostalim gra|anima kojima wena ustanova obezbe|uje celokupnu ili jedan odre|eni deo zdravstvene za{tite. Insistira se na tome da taj nadzor bude diskretan, drugarski i instruktivan, ali i da bude efikasan, tj. da se odrazi na uklawawu primenjenih gre{aka. Ako osobqe primeti da je nadzor samo formalan, da se ispravqawe gre{aka ne kontroli}e, tada }e obilazak odeqewa i raznih mesta postati bezpremetan, a rezultat }e biti opadawe radne discipline osobqa i gubitak autoriteta glavne medicinske sestre.

Ne izgleda neophodno da glavna medicinska sestra interveni{ e u sporovima izme|u bolesnika i medicinskog osobqa koje je pod njenim nadzorom. Ti sporovni treba da budu re{eni unutar radne jedinice (odeqewa) nntervencijom glavne odeqewske sestre ili na~elnika odeqewa. I sti je slu~aj i u odnosu na porodice, pratiocice i posetiocice bolesnika. U takvim slu~ajevima glavna medicinska sestra treba da interveni{ e samo ako se ti sporovi ne mogu raspraviti unutar odelewa, a ne zahtevaju intervenciju upravni ka.

Saradwa sa lekarima je svakako veoma va`na. Treba da stremi usmeravawu na kolektivan, timski rad i na me|usobno po{tovawe izme|u lekara i ostalih zdravstvenih radnika.

Glavna medicinska sestra treba naro-ito da nastoji da se po{tuje raspored radnog vremena i da se s jedne strane ostavi dosta tog vremena za odr`avawe ~isto}e, za negu bolesnika i za adminstrativne poslove, a da se sa druge strane omogu}i uspe{an rad lekara (vreme pregleda u ordinacijama, vreme vizite na bolesni~kim odeqewima i sl.). Ova saradwa treba, razume se, i da omogu}i jedan sno{ qiv`ivot za same bolesnike, tako da i oni imaju svoje slobodno vreme i da se na primer kupawe, umivawe, uzimawe obroka, popodnevni odmor i spavawe ne remete. Ovo zahteva dobru organizaciju rada i dobru raspodelu svih poslova, {to je mogu}e jedino u slu~aju ako glavna medicinska sestra poznaje redosled tih poslova i radni kapacitet osobqa i to kako lekarskog tako i sveg ostalog.

Naro-ito je va`no podvu}i potrebu ~estih sastanaka sa glavnim odeqewskim sestrama. Na tim sastancima glavna sestra zdravstvene ustanove treba da uka`e na gre{ke koje se naj-e{ }e ispoqavaju, da prodiskutuje sve mogu}nosti poboq{awa pru`awa medicinskih usluga i nege, kao i probleme li~nih odnosa osobqa sa bolesnicima i obratno. Na tim sastancima glavna medicinska sestra mo`e da prodiskutuje i sve druge radne probleme, kao i probleme disci-

plinskih odnosa tih sestara sa drugim medicinskim sestrama i ostalim zdravstvenim radnicima. Ti sastanci, pored drugih, treba glavnoj medicinskoj sestri da pru`e elemente koji su joj potrebni za ocevivawe osobqa, za wihovo stru~no usavr{avawe, preme{taj na drugo radno mesto itd.

Glavna medicinska sestra treba da preko odelewskih glavnih sestara reguli{e odnose izme|u medicinskog osobqa raznih odeqewa, a naro-ito sa laboratorijskim i rendgenolo{kim osobqem, kao i sa socijalnim radnikom, apotekarskim osobqem i drugim. U ovome ima prvorazrednu ulogu raspored rada koji treba da omogu}i saradwu izme|u tih raznih radnih jedinica i da spre-i nagomilavawe poslova. Od ove saradwe u mnogome zavisi brzina obrade svakog bolesnika, tj. vreme koje je potrebno za postavqawe dijagnoze, odnosno vreme kada }e se preduzeti potrebne mere. S obzirom na `ecu svakog bolesnika da {to pre ozdravi, kao i s obzirom na skupo}u le~ewa, ovaj zadatak postaje sve vi{e va`an. Da bi glavna medicinska sestra mogla da obavi sve svoje zadatke u odnosu na radne jedinice, neophodno je da ih redovno, a po pogu}nosti i svakodnevno obilazi. Tom prilikom treba da se, kadgod je to mogu}e, sastane sa na~elnikom ({efom) te radne jedinice i sa glavnim odeqewskom sestrom da bi od wih saznala {ta se na odeqewu doga|a i u ~emu bi trebalo da se sastoji wena pomo}. Nakon toga treba da izvr{i obilazak radnih mesta i li~no se uveri da li osobqe obavqa poslove sa dovoqno stru~nog znawa i zalagawa, odnosno da proverii da li se primewuju propisi o ku}nom redu i razni drugi pravilnici.

Nadzor nad higijenom i ~ist o}om

Glavna medicinska sestra du`na je da se stara o higijeni i ~isto}i u ~itavoj zdravstvenoj ustanovi. Od tog zadatka mo`e se izuzeti samo ~isto}a u nekim tehni~kim radionicama i kancelarijama uprave, ali ne i

higijena u kuhiwi i perionici, ukoliko u wenoj zdravstvenoj ustanovi postoje.

Da bi glavna medicinska sestra mogla da odgovara za higijenu i ~isto}u, ona mora da vr{ i redovne i vanredne obilaskе svih radnih jedinica i pri tome u prvom redu da obra}a pa`wu na one prostorije koje su najizlo`enije zaga|ivawu, tj. klozetima, kupatilima, trpezarijama, ~ekaonicama, bolesni~kim sobama i ordinacijama, ~ajnim kuhiwama, stepeni{tima itd. Obilasku treba uvek da prisustvuje i glavna odecqewska sestra ili sestra koja je zadu`ena da vodi brigu o higijeni i ~isto}i. Va`no je da glavna medicinska sestra ove obilaskе vr{ i pa`civo i da primeti sve na {ta treba staviti primedbu: neo~i{ }en patos u ~ekaonicama, lo{ zadah u klozetima, neoprani i nesre|eni sudovi u ~ajnoj kuhiwi, nepromewen ~ar{ av na stolu za pregled bolesnika, neuredne pquvaonice, prqavi krevetski jastuci itd. Glavna odecqewska sestra mora da bude sasvim sigurna da }e glavna medicinska sestra primetiti svaki propust i da }e je na to upozoriti, a po potrebi pozvati na odgovornost. Prilikom slede}eg obilaska treba proveriti da li je popravqena gre{ka, a ako nije, poo{ triti preduzete mere. Neispravqena gre{ka ne sme da pro|e nezapa`ena, jer to izaziva sumwu u potrebnu budnost glavne medicinske sestre i slabqewe wenog autoriteta.

Glavna medicinska sestra treba da izbegava da prilikom obilaska raspravqa sa osobqem koje je direktno zadu`eno za higijenu i ~isto}u, a naro~ito to ne treba da ~ini u prisustvu bolesnika i drugih lica. Odecqewska glavna sestra du`na je da primedbe glavne medicinske sestre prenese svojem osobqu i da zahteva da se gre{ke i propusti isprave. Ali, ako glavna medicinska sestra zakqu~i da se gre{ka ponavqa zbog neznawa, tada treba odmah da preduzme mere da osobqe upotpuni svoje znawe i da u tu svrhu organizuje radni sastanak ili predawawe sa prakti~nim ve`bama.

Prilikom obilaska glavna medicinska sestra mo`e da ustanovi i to da osobqe

radne jedinice nije u stawu da savlada sav posao. Ovo se naro~ito doga|a za vreme godi{wih odmora ili ako je neko od osobqa bolestan. Dosta ~est razlog za to jeste i neravnomeran raspored osobqa, bilo u odnosu na broj, bilo u odnosu na wihove sposobnosti. U tim slu~ajevima treba najhitnije ukazati pomo} i ne zahtevati od osobqa ono {to nije u stawu da izvr{i.

Razlog zbog kojeg se posao ne obavqa kako treba ~esto nije pomawkawe osobqa, ve} slaba organizacija i nedovoqno znawe. U takvim slu~ajevima glavna medicinska sestra trebalo bi da interveni{e savetom, upu}ivawem u rad, odr`avawem radnog sastanka, konferencije, seminara za osobqe jedinice itd.

Glavna medicinska sestra mora voditi ra~una da wena ustanova bude uvek snabdevena sredstvima za odr`avawe higijene i ~isto}e i da se ta sredstva u dovoqnim koli~inama stave na raspolagawe osobqu. Jasno je da ona treba da kontroli{e wihovo kori{ewe i da ne dozvoli rasi pawe i neodgovaraju}u upotrebu.

Posebna brig a glavne medicinske sestroe u bolnici treba da bude nadzor nad li~nom higijenom bolesnika. Ovaj nadzor ne treba da bude direktan, tj. da se vr{ i pregledom bolesnika. Glavnoj medicinskoj sestri ne}e trebati mnogo pa da ustanovi da li se bolesnici redovno peru i kupaju, da li se ~e{qaju i presvla~e, da li imaju ~istu krevetsku presvlaku i ~iste ru~nike itd. Ovaj nadzor mora da vr{ i, svakako, u prvom redu i svakodnevno, glavna odecqewska sestra i da za higijenu i ~isto}u na svom odecqewu li~no odgovara.

Rad na usavr{ avawu kadrova

Nijedna {kola ne mo`e da obrazuje savr{ene radnike. Sem toga, medicinska nauka veoma brzo napreduje, a to zahteva stalno usavr{avawe kadrova.

Glavna medicinska sestra mora da se stara o obnavqawu i pro{irivawu znawa i

o usavr{ avawu sredwih i ni`ih medicinskih kadrova, kao i o medicinskom obrazovaću kadrova koji bez medicinske sprema rade na medicinskim jedinicama (administrativno osoblje, sprema~ice, servirke itd.).

Svaki profil kadrova treba da obrazuje svoju grupu i da na sastancima obra|uje materiju koja je za tu grupu interesantna. Glavna medicinska sestra treba da poma`e svim grupama u sastavljanju programa, u pronalaznju predava~a, pa i sama da u~estvuje kad god joj je to mogu}e.

Na tim sastancima glavna medicinska sestra mo`e da oceni znanje i inteligenciju medicinskih sestara i drugih srednjih medicinskih radnika, { to }e joj pomo}i pri izboru glavnih o~ekanih sestara i pri odredjivanju sestara na neke te`e zadatke. Jasno je da to teoretsko znanje treba da bude provereno i u praksi u ordinacijama, u sobama za intervencije, u laboratorijumu, u bolesni~kim sobama, u stanu bolesnika itd.

Veliki deo na{eg osoblja za negu bolesnika sa~i~ava osoblje sa ni`om medicinskom spremom. Glavna medicinska sestra mora ovom osoblju posvetiti naro~itu pa`nju, tim vi{e { to ovo osoblje obavlja i veoma stru~ne poslove za koje je potrebna ne samo praksa ve} i razumevanje, odnosno medicinsko znanje. Ovo osoblje sa ni`om spremom treba obavezno da prisustvuje predavanjima i prakti~nim ve`bama koji se organizuju za njihovo osposobljavanje. To osoblje sti~e pravo da ide u srednje medicinske {kole, i da nakon svr{enog te~aja pola`e ispit za sticanje srednje medicinskog zvanja. Glavna medicinska sestra treba da uti~e na njihovo pravilno opredeljivanje i da im pomogne u razvoju. Ona, sem toga, treba i da ih oceni, tj. da dâ svoje mi{ljewe prilikom njihovog odlaska u {kolu, odnosno na polaganje ispita.

Sprema~ice (~ista~ice) i servirke u~estvuju tako|e, posredno ili neposredno, u nezi i le~ewu bolesnika, tj. u pru`anju medicinskih usluga. Nije va`no da li se wi-

hov posao odvija u ~ekanicama, ordinacijama, laboratorijumima, ~ajnim kuhinjama ili bolesni~kim sobama, va`no je da one svoj posao dobro i stru~no obavljaju. To }e mo}i jedino u slu~aju ako steknu odre|eno znanje o higijeni i odre|eno znanje o na~inu odr`avanja ~isto}e i o upotrebi raznih sredstava, opreme i aparata za odr`avanje ~isto}e.

Glavna medicinska sestra mora pridavati poslovima ovog osoblja veliku va`nost, i to ne samo radi odr`avanja higijene ve} i radi ekonomisawa. Ona mora nastojati da to osoblje zainteresuje za posao koji ono obavlja, a to }e postiti jedino kroz stalno u~ewe.

Veoma va`an zadatak glavne medicinske sestre jeste etiki~ko uzdizanje osoblja sa srednjom i ni`om medicinskom spremom. Kod nas ovo osoblje jo{ ne u`iva ugled koji ima u severnim i zapadnim zemljama. Razlog svakako le`i u istorijskom razvoju na{eg sestinstva, odnosno osoblja za le~ewe i negu bolesnika uop{te. Na{e bolni~arke i babe regrutovane su sve do rata me|u nepismenim devojkama i `enama i bile su, treba to priznati, vrlo lo{e dru{tveno ocenjivane.

Glavna medicinska sestra mora prvo svojim primernim radom i pona{awem da bude uzor, a zatim i da svojim znanjem i svojim ugledom predwa~i. Glavna sestra koju ne po{tuju i lekari i svo drugo osoblje ne mo`e da ima ikakav uticaj na etiki~ki razvoj medicinskih sestara, bolni~arki i ostalih zdravstvenih radnika.

Glavna medicinska sestra mora zahtevati od osoblja koje je pod njenim nadzorom da po{tuje i voli svoj posao. Jedino oni zdravstveni radnici koji svoj posao vole i po{tuju mogu i da ga dobro obavljaju.

Glavna medicinska sestra mora svim silama nastojati da lekari i ostalo osoblje sa visokom stru~nom spremom po{tuju i cene weno osoblje. Ona se mora suprotstaviti svakom maltretiranju i poni`avanju radnika sa ni`om stru~nom spremom ili bez stru~ne sprema.

Organizacija rada

Dobra organizacija rada omogu}ava znatno boqe kori{ }ewe prostora, opreme, pa i samih kadrova. Dobra organizacija rada, sem toga, doprinosi dobroj nezi i le~ewu bolesnika. Zato nije nikakvo ~udo da se organizacijom sposobnosti ma glavne medicinske sestre pridaje prioritarna va`nost.

I ma qudi koji imaju vi{ e smisla za organizaciju, koji su, kako se ka`e, „ro|eni organizatori“, ali to nije dovoqno. Potrebno je poznavati razne sisteme organizacije i razne mogu}nosti prilago|avawa situaciji, pa da se ta sposobnost korisno ispoqi. Ina~e mo`e da se dogodi i suprotno, tj. da se „organizacione sposobnosti“ glavne medicinske sestre ispoqe u stalnom lutawu, u stalnom tra`ewu „najboqeg“ puta za re{awawe najjednostavnijih problema. Zato se zahteva da glavna medicinska sestra prati literaturu koja tretira ova pitawa, da poha|a kurseve, seminare i predawawa, jer je to jedini na~in da upozna savremene principe organizacije rada i da ih primeni u svojoj ustanovi.

Glavne odecqewske sestre, pa i na~elnici odecqewa, postavi}e glavnoj medicinskoj sestri pitawa u odnosu na rad svojih odecqewa i to kako u pogledu dnevnog rasporeda poslova tako i u pogledu perspektivnog programa. Nije uvek lako uskladiti rad svih ordinacija, rasporediti poslove tako da optere}ewe osobqa sa sredwom i ni`om medicinskom spremom bude podjednako i u odnosu na osobqe i u odnosu na vreme.

Priliv i cirkulacija bolesnika u ~ekanicama, wihovo pravilno usmerawawe prema odgovaraju}im slu`bama, nastojawe da ~ekawe bude {to kra}e a prijem i obrada kod lekara {to boqi i efikasniji, spadaju tako|e u sektor organizacionih poslova glavne medicinske sestre.

Razume se da glavna medicinska sestra sudeluje i u organizowawu rada na bolni~kim odecqwima, {to tako|e zahteva dobro poznavawe bolni~kog `ivota. Raspored osobqa u radne smene izaziva uvek velike te-

{ko}e. Osobqa nema nikada dosta, a u bolnici ne sme ni u toku dana ni u toku no}i postojati ni jedan minut koji ne bi bio dovoqno obezbe|en odgovaraju}im osobqem. Nekad boqe odgovara rad u smenama, nekad sistem de`urstva, nekad se mora kombinovati prvi sa drugim. Redosled poslova koji se moraju obaviti u toku dana ~esto dovodi do nagomilawawa tako da ih treba zavr{iti gotovo istovremeno, a to zahteva nejednaku ali ta~no odmerenu i kombinovanu koncentraciju osobqa u toku 24~asovnog radnog vremena. Broj poslova je zaista tako veliki i raznovrstan da je potrebna rutina i poznavawe celokupnog pogona, potrebno je poznavawe intelektualnih sposobnosti radnog fizi~kog kapaciteta osobqa, potreban je i ose}aj mere {ta neki ~ovek i {ta neki stroj mo`e da podnese, potrebno je i poznavawe priliva bolesnika, wihovih potreba i wihovih `eqa itd.

U posledwe vreme sistem dispanzerskog rada u svim ordinacijama op{te i specijalisti~ke prakse i „eksteriorizacija“ bolnica omasovili su patrona`nu slu`bu i otvorili nove puteve i za le~ewe bolesnika i za preventivu. Osobqe sa sredwom i ni`om stru~nom spremom i socijalni radnici pozvani su da najaktivnije u~estvuju u sprovo|ewu najve}eg dela ovih zadataka. Obavqawe poslova iz domena patrona`ne slu`be ~esto vremenski kolidira sa poslovima u ordinacijama, zavodima, bolesni~kim odecqwima i laboratorijama. Medicinske sestre, babice, bolni~arke i de~je negovateqice moraju aktivno da sudeluju i u poslovima ordinacije, odnosno bolesni~kog odecqewa, i u poslovima savetovali{ta, i u poslovima na terenu — u stanu bolesnika.

Timski rad zahteva saradwu jednog lekara sa vi{e medicinskih sestara, a pretpostavqa se da jednog bolesnika le~i, odnosno gra|anina zdravstveno {titi {to mawi broj zdravstvenih radnika, {to uvek nije lako ostvariti. Niti imamo dovoqno takvih lekara, niti imamo dovoqno medicinskih sestara, pa se kod sastawqawa programa rada, pored ostalog, radi i o pravilnom odabi ra-

wu najva` njih i kcu-nih zadataka, pri ~e-
mu bi trebalo da se na preventivu obrati
prvostepena pa`wa.

Ne bi trebalo zaboraviti da se glavna
medicinska sestra mora da brine i o plani-
rawu sredstava za rad, { to, razume se, uti-
~e na odvijawe poslova u raznim jedinicama.
Ekonomska slu`ba mora uvek da bude na
vreme upozorena na mawak izvesnih sredstava,
do ~ega zapravo i ne bi trebalo da do-
|e ako je plan nabavki dobro napravqen i
ako se on blagovremeno izvvr{ava.

Glavna medicinska sestra mora u zajedni-
ci sa glavnim odcqenskim sestrama da na-
pravi i plan i program stru~nog usavr{a-
vawa i osposobqavawa kadrova. Taj program
kurseva, seminara i predavawa mora da se do-
bro uklopi u dnevni red osobqa, ina~e }e
ili previ{e opteretiti to osobqe, ili do-
vesti do toga da predavawa, seminari i kur-
sevi ne budu pose}eni.

Humanizacija zdravstvene ustanove

U posledwe vreme mnogo se govori i pi-
{e o humanizaciji zdravstvenih ustanova.
Humanizacija podrazumeva stvarawe takvih
uslova rada i sredine koji ~ine da bole-
sni ne oseti razliku izme|u porodi~ne
sredine i sredine u koju dolazi radi le~e-
wa. Smatra se sasvim opravdano da je glav-
na medicinska sestra ta osoba u zdravstve-
noj ustanovi koja, u prvom redu, mora da ra-
di na stvarawu takve humanizovane sredine.

Humanizacija podrazumeva: humanizaciju
radne sredine, tj. prostora i opreme, huma-
nizaciju procesa stru~nog rada i humaniza-
ciju odnosa izme|u osobqa i bolesnika.

Glavna medicinska sestra mora da zna da
je vreme belih hodnika i vrata, vreme of ar-
banih drvenih klupa u ~ekaonici bez sve-
tla i cve}a, vreme gvozdениh kreveta i cr-
nih brojeva na tablama iznad bolesni~kih
glava pro{lo. Glavna medicinska sestra mo-
ra nastojati da radna sredina u kojoj se oba-
vqaju pregledi ili le~ewe bolesnika ne de-

luje „bolesni~ki“ u klasi~nom smislu, ve}
da deluju umiruju}i svetlo i po mogu}nosti
veselo. Tome mnogo doprinosi izgled
stvari, boje, osvetqewe, ukrasi, cve}e itd.
Na{e ustanove daleko su da deluju kao hu-
manizovana sredina. Ovo se naro~ito odno-
si na stare bolnice, pa i na druge stare
ili adaptirane zgrade u kojima se nalaze
ordinacije, savetovali{ta, kabineti i la-
boratorijumi. Jasno je da temeljna humaniza-
cija tra`i velika finansijska sredstva, ali
treba znati da se ~esto i sa malim novcem
mogu u~initi, ba{u ovom pogledu, velike
stvari. Du`nost je glavne medicinske sestre
da se prilikom vr{ewa adaptacija, poprava-
ka, kre~ewa, nabavke novog name{taja i de-
korativnih predmeta zalo`i da sve to {to
se radi ili nabavqa bude usmereno ka huma-
nizaciji radne sredine. O tome postoji ve}
prili~no dobro razra|ena literatura i na
na{em a naro~ito na stranim jezicima, a tu
literaturu moraju dobro poznavati i leka-
ri i medicinske sestre.

Proces rada sa bolesnikom uzima, na `a-
lost, ~esto veoma formalan karakter: admi-
nistrativno proveravawe i ubele`avawe,
suvo uzimawe anamneze, kratak pregled, jo{
kra}e upu}ivawe u tok le~ewa i to je sve.
Ne mo`e se re}n da su za to uvek krivi
zdravstveni radnici. Broj poslova koje tre-
ba obaviti kod svakog bolesnika raste iz da-
na u dan. Ne}emo razra|ivati zahteve admi-
nistracije i ra~unovodstva, iako se i ovi
moraju humanizovati, ali pogledajmo na
stru~nu obradu! Koliko tu ima laboratorij-
skih analiza, rendgenografija, elektrokardi-
ografija, uzimawa krvi iz prsta, iz vene,
iz uva, koliko injekcija, koliko biopsija i
koliko klini~kih pregleda i intervencija
bez razgovora n dovcno qudskog obja{wa-
vawa. Bolesnik~ovek postao je „slu~aj“ ko-
ji se prebacuje iz ruke u ruku, iz ordina-
cije u ordinaciju, iz kabineta u laboratorij-
ju, kao {to prolazi jedan predmet u lan~a-
nom sistemu neke moderne fabrike.

Jasno je da savremena medicina zahteva
izvo|ewe ~itavog niza analiza, pregleda i
intervencija. Jasno je da to dovodi do bo-

ceg i br`eg le~ewa, do obuhvatnije preventive, i da se protiv toga ne treba boriti — pod pretpostavkom, razume se, da se sve radi na osnovu nauke a u ciqcu pru`awa brze i efikasne medicinske pomo}i. Ali je isto tako jasno da u sve to moramo uneti qudske odnose. Ako glavna medicinska sestra ne uspe u tome da se zdravstveni radnici prema bolesnicima i drugim gra|anima odnose qudski i samari}anski ne`no i sa po{tovawem bolesnikove li~nosti, jednom re~i: humano, tada }e najve}i deo wenog nastojawa ostati nepravilno ocewen. Dakle, treba ne samo humanizovati prostor i opremu — o ~emu je ve} mnogo pisano i diskutovano, ve} i zdravstvene radnike — a o tome se jo{ uvek ne vodi dovoqno ra~una. Mi se ~esto izgovaramo da na{e osobqe nije u toku {kolovawa dovoqno eti~ki odgojeno. Mo`da je to i ta~no. Ali se time niko, a najmawe glavna medicinska sestra, ne sme zadovolqiti. Rad na eti~kom uzdizawu osobqa mora postati svakodnevna briga glavne medicinske sestre, u ~emu }e wen li~ni primer i primer koji pru`aju lekari biti najva`nji pedago{ki ~inioci.

Glavna medicinska sestra mora da povede ra~una i o tome da se humanizuje radna sredina i u odnosu na osobqe, naro~ito u odnosu sredwe i ni`e medicinsko osobqe i u odnosu na osobqe bez medicinske spremlje. Poznato je da bolnice, pa i druge zdravstvene ustanove, imaju prostoriqe za lekare — to je lekari ma neophodno. Me|utim malo je zdravstvenih ustanova, pa i sasvim novih, koje imaju prostoriqe za osobqe, a ne mo`e se re}i da takve prostoriqe ne bi bile korisne i da nisu potrebne. Prostoriqe u kojima rade i borave medicinske sestre, bolni~arke, babe i drugi zdravstveni radnici tih profila, ako nisu humanizovane i u odnosu na wihov rad i odmor, mogu da uti~u veoma negativno i na wihov fizi~ki i na wihov psihi~ki razvoj. Naro~ito treba insistirati da prostoriqe za odmor budu vedre, svetle i lepo name{tene, jer to odmarra i fizi~ki i psihi~ki, a mi znamo koliko

je rad na{eg osobqa zamoran i koliko mu je potreban pravi odmor, ~esto i u toku radnog vremena. O tome glavna medicinska sestra mora da vodi ra~una i ona mora da obezbedi najboqe mogu}e uslove za rad i odmor.

Glavna medicinska sestra mora da povede brigu i da zahteva da odnosi osobqa sa vi{im stepenom stru~ne spremlje uop{te, prema osobcu sa ni`im stepenom stru~ne spremlje tako|e budu humani, i to bez obzira na poslove koje to ni`e osobqe obavqa. Human odnos prema osobcu preduslov je za human odnos prema bolesnicima, a od svega toga, i to prvom redu, zavisi efekat, odnosno, produktivnost rada.

Rad na statistici

Svaka zdravstvena ustanova vodi evidenciju o svom radu i sastavqa periodi~ne i godi{we izve{taje. Evidencija i statistika neophodni su za sastavqawe godi{wih i perspektivnih programa rada, a savesno vo|ewe evidencija poma`e i pri sastavqawu tromese~nih, mese~nih, nedeqnih i dnevnih programa rada. Bez tih podataka, dobro sre|enih i dobro obra|enih, glavna medicinska sestra ne mo`e predvideti kakva }e situacija nastati, tj. kada }e priliv bolesnika biti ve}i a kada mawi, kada se pojavquju vi{e de~je a kada druge bolesti, kada joj je za pravilno obavqawe poslova potreban ve}i a kada mawi broj osobqa itd.

Na{ i statisti~ari, na `alost, nisu uvek dovoqno stru~no obrazovani, te ne pridaju odgovaraju}u pa`wu ovom radu. Rezultat takvog rada jesu nepotpuni, nepouzdati i neta~ni podaci, pa prema tome i neprecizan program rada.

Samostalno finansirawe zdravstvenih ustanova, ugovarawe zdravstvene za{tite sa organizacijama koje treba da snose tro{kove le~ewa, odnosno preventive, nov na~in raspodele li~nih dohodaka, tra`i daleko ta~niju i detaqniju evidenciju i statistiku nego {to je to bio slu~aj ranije.

Glavna medicinska sestra mora stalno da prati rad statističara i da im po potrebi ukazuje pomoć. Nijedan evidencioni i statistički zadatak o stručnom radu ustanove ne bi smeo da dođe pred upravnika, ili da se iznese pred upravni odbor ili pred savet ustanove, a da ga prethodno glavna medicinska sestra savesno ne pregleda i ne utvrdi ispravnost. Ovo zahteva dobro poznavanje propisa i još bolje poznavanje statističkih pravila i procesa rada.

Glavna medicinska sestra mora da zahteva od odeljeničkih glavnih sestara, kao i od drugog osoblja koje je dužno da radi na evidenciji i statistici, da taj posao obavljaju savesno i blagovremeno. Ukoliko primeti da to osoblje ne zna da obavlja te poslove, dužna je da ga poduči bilo sama, bilo organizovano odgovarajućeg kraja i semina.

* * *

Ne mogu se u jednom trenutku ni nabrojati ni opisati svi zadaci glavne medicinske sestre. Oni su ne samo mnogobrojni nego i veoma raznovrsni. Svaka vrsta ustanove, svaka veličina i kompozicija ustanove imaju nešto specifično. Glavna medicinska sestra mora da sve te zadatke obuhvati tek nakon nekoliko godina rada. Pošto se svi ti zadaci ne mogu lako držati u glavi, to glavna medicinska sestra treba da vodi svoj dnevnik rada, da taj dnevnik povremeno pročitava, i da iz toga vadi one zadatke koji su u određenom razdoblju najvažniji.

Da se ne bi dogodili propusti, svaka glavna medicinska sestra treba da sastavi svoje godišnje, tromesečne, mesečne, nedeljne i dnevne planove rada. Polazi se, razume se, od godišnjeg plana rada, koji se zatim deli i razrađuje na pogodna vremenska razdoblja, sve dok se ne dođe i do nedeljnog i do dnevnog rasporeda. Ovi rasporedi rada su najvažniji jer su konkretni. Ovakvi nedeljni i dnevni planovi rada naročito su

važni u velikim zdravstvenim ustanovama u kojima glavna medicinska sestra ne može u toku svakog dana da obiđe sva radna mesta, te joj program rada služi ujedno i kao podsetnik za izvršene i izvršene zadatke. U programima mora se dati prioritet onim službama i odeljenicima koji imaju teške uslove rada, ili opsežnije i važnije zadatke. Iz svega što je napred rečeno vidi se da takve planove nije lako napraviti i da ih je teško ostvariti. Ostvarivanje je utoliko teže ako glavna medicinska sestra nije tačna, dosledna i istrajna, ako ne ume da odvoji ono što je važno od onog što je manje važno i ako dozvoli da je razni administrativni zadaci, koji su često privlačni, odvoje od stručnog rada.

Dužnost glavne medicinske sestre velika je ne samo po neposrednim zadacima lečenja i nege bolesnika, odnosno preventive, ona je i u društvenom pogledu važna. Njen ugled u društvu, njena aktivnost u društvenim organizacijama, njena dobra politička orijentacija odlučuju su faktori za pozitivan razvoj osoblja koje se na nju ugleda i od koje uči. Već je mnogo puta podvlačeno da naše medicinske sestre ne uživaju onaj ugled u društvu koji uživaju medicinske sestre u inostranstvu, a naročito u severnim evropskim zemljama. Jedan od razloga što je to tako jeste i taj što se naše medicinske sestre nisu uklopile u dovođnoj meri u politički i društveni život. Tamo gde su se sestre svestrano angažovale, njihov položaj se znatno izmenio. A uspeh se ne sastoji samo od toga. Zauzimajućeg položaja u društvu medicinske sestre i ostali zdravstveni radnici mogu uspešnije da se bore za ostvarenje zadataka na zahtev i unapređenje zdravlja naroda i to na najbližem planu. Zato glavna medicinska sestra, makar koliko bila stručno obrazovana, mora da udovolji svojim mnogobrojnim zadacima ako ne prati zbivanja u društvu i ako se ne uklapa u društveni život ne samo u ustanovi već i van nje.

Lekar i bolnica

N. Vu~eti }¹

O bolnici uop{ t e

- Kakva je, upravo, ustanova bolnica, { t a je ona i kako je postala?

Bolnica je ustanova, u kojoj bolestan svet nalazi negu, utehu, lek i olak{awe svojoj bolesti. Postanak ove ustanove zasnovan je na milosr|u. Svoj izvor imaju bolnice u odajama, koje su prvi lekari ude{avali u svojoj ku}i, da u wima zadr`e i le~ete`e bolesnike. Prve bolnice podizane su kao ku}e milosr|a za negu i opskrbu onih koji tu negu i opskrbu trebaju. I u na{em narodu, i ina~e milosrdnom i du{evnom, prve bolnice su takve prirode, i podizane su uz manastire i, kao skloni{ta i odmori{ta, na mestima gde je to zahtevala potreba. Prve takve bolnice spominju se u na{oj Nemawijkoj istoriji od wena po~etka.

- [t a se sve razvilo iz ovih prvobitnih le~ili{ t a do dana{weg dana?

Iz ovih prvobitnih „bolnica“, u kojima su bili „lekari“ mahom ~udi milostivi, milosrdnici i kalu|eri, razvili su se dana{wi domovi za starce, babe, osirotele, napu{tenu decu, maloletnike, besprizorno`enskiwe, slepe itd. i — u pravcu savr{enstva — u bolnice, koje su se razvile do visine, na koju ih je podigla dana{wa nauka i iskustvo.

- [t a je glavna odlika dana{wih bolnica?

Moderna bolnica se odlikuje svojim znanstvenim ure|ewem i savesnim vo|ewem. To je glavna odlika svake savr{ene bolnice. U wojoj vlada savr{en red i zapt, primer-

ni odnosi izme|u lekara s jedne strane i lekara i osoba s druge strane, kao i izme|u samog osoba uzajmice. Bolnica mora blistati od ~isto}e (primer: O~no odecawe prof. dr. Ne{ i }a i Bolnica `ena lekara!). U takvoj bolnici se bolesnici ose}aju kao da su u rodi teqskoj nezi.

- Od koga zavisi odr`avawe bolnice sa ovakvim odlikama?

Bolnica takvih odlika mo`e da bude samo onda ako u wojoj vlada uzajamnost, drugarstvo, pravi ~nost i ~ubav prema bolesniku i ustanovi {to je namewena naj-oveko~ubnijem zadatku, nezi i le~ewu obolelih. Celokupan rad Bolni~ke uprave i {ef ova pojedinih odecawa mora da se teme~i na nauci i dru`equbcu. Ako su upravni ci bolnice i na~elnici odecawa, kao ~udi stru~ni i du{evni, odli~ni, bi}e odli~na i ustanova koju oni rukovode.

- Kakvih sve bolnica ima u nas?

U nas ima dr`avnih, banovinskih, op{tinskih i privatnih bolnica; one su op{teli specijalne, javne ili privatnojavne i ~isto privatne. Dr`avne bolnice su tako ude{ene, da se u wima mogu le~iti sve bolesti svestrano i stru~no i, pored toga, u wima se mo`e obrazovati i sanitetsko osobe (§§ 2, 3, 5 Zak. o bolnicama).

- Kako su organizovane javne bolnice?

Javne bolnice imaju pojedina odecawa (§ 15 Zak. o bolnicama) sa zavodima za posebne bolni~ke potrebe (radijum, apoteka, zubarstvo, prosektura, fizikalna terapija). U ve}im bolnicama se otvaraju odecawa i ot-

¹ Dr Nikola Vu~eti }.

*Iz: Vu~eti }, N.: „Lekar i svet“, Nau-na kwi`ara „Scientia“, Beograd, 1936.

seci za srodne bolesti. Sem toga svaka javna bolnica (pa i privatnojavna) mora imati i ambulatorijum za ambulantno besplatno pregledawe i le~ewe siroma{ nih bolesnika (§ 16 Zak, o bolni cama).

- *Kakvim sve osobqem raspol a` e bolnica?*

Bolnica ima ovo osobqe: 1) lekarsko osobqe (upravnik bolnice, { ef ovi (ne svih) zavoda u bolnici, primarni lekar i asistenti, sekundarni lekar i volonteri); 2) ekonomi; 3) sestre nudiqe; 4) bolni~ari i sestre bolni~arke; 5) ostalo stru~no osobqe i 6) poslovno osobqe (posluga).

* * *

Bolnica je ustanova koja ne sme biti ni jednog trena bez budna oka koje sve vidi. Nikada se tu ne sme ostaviti nadzor na slabim, dovoqno nepo{ tovanim snagama, a i na neiskusnim, jer tu ~esto zavisi `ivot od spremnog, stru~nog posredovawa, a da i ne spomiwemo one igre mi{ eva kad se ma~ka udaqi. Oni, koji bi trebalo da su stalno u bolnici, obi|u je na jedan do dva sata pre, a mo`da i posle podne, kao i na~elnici, a ostalo su vreme van bolnice, mo`da i po praksi. I stina, Pravilnik za dr`avne bolnice, ~lan 28 smatra primarijuse { ef ovima grupa, a ~lan 29 al. 5 nare|uje sekundarcima n asistentima da se bave na odeqewu sedam ~asova dnevno i da de`uraju po rasporedu { ef a odeqewa i upravnika. U ~l. 31, opet, sedam sati se bave u bolnici samo sekundarci i volonteri, a primarijusi i asistenti samo { est sati! [ef ovi pet sati. Tako Pravilnik, a pravilo je druga~ije. Da li je to na korist bolnici ili je, mislim, pre na { tetu!? Svakojako na klini~kim odeqewima ovakav je rad, u najmawu ruku, nerazumqiv. U drugom svetu i asistenti i sekundarni lekari (ne`eweni!) provode u bolnici godinama i godinama o svojoj plati, a bez privatne prakse, i tamo kapaju na poslu, da bi postali specijaliste, ili napredovali u karijeri.

- *Da li se lekari, koji se bave naukom (profesori itd.), mogu baviti i privatnom praksom?*

Svakokako da mogu. I stinabog, privatna praksa, ako je obimnija i ako je vr{ ena savsesno i s qubavqu, preuzme celog ~oveka, ma kakvih on sposobnosti i osobina bio. Lekar koji tro{ i svoju snagu u takvoj praksi, ne dospeva da radi i na nauci. Ovim nije re~eno da se privatna praksa treba da zabrani svim nau~nim radnicima u medicini, ali se samo sobom isti~e da je i u woj svaki nau~ni rad o{ te}en zama{ nom privatnom praksom; u najmawu ruku trebalo bi je ograni~iti.

- *Da li je opravdano mi{ qewe da se privatna praksa ipak mo`e dozvoliti onima koji se bave prakti~nim granama medicine, a da se onima koji se bave teoret ski zabrani?*

Takvo je mi{ qewe sasvim pogre{ no. Nauka je nauka. Ako se dopusti jednima, mora se dozvoliti i drugima, i obratno. Pogre{ no je misliti da je nauka teoretska i prakti~na, ona je uvek zasnovana na istra` ivawu, opitu i eksperimentu, a rezultati { to se postignu tim putevima, bilo „teoret ski“ bilo „prakti~no“ samo se „primewuju“.

- *Da li je polo` aj bolni~kih lekara, kao i svaki polo` aj drugih lekara, ili je on, mo`da, te`i i mu~iji?*

Svaki lekar, pa i bolni~ki, ima naro~ite du`nosti prema bolesniku, ali, iznad toga, on ima jo{ i du`nosti svoga poziva prema javnosti, prema narodnom zdravqu, prema celom narodu. On je du`an sara|ivati u vr{ ewu narodne zdravstvenosti. Ovamo spada du`nost le~ewa i prijavqivawa sviju oboqewa, naro~ito zaraznih i polnih bolesti, trovawa, babiwe groznice, bolesti od zanimawa itd. U 18. odeqku istaknuta su sva zakonska nare|ewa i ka`wawa za prenebregnu}e u toku le~ewa tih bolesti. Ovih odredaba mora se i bolni~ki lekar pridr`avati. Zarazne i polne bolesti mu naro~ito zadaju posla, a tako isto

i trovawa, kojima mora istra`iti i uzrok i te`inu, i odmah ih prijaviti vlasti, da-
 ce, trovawa pokvarenom hranom (sirom, ri-
 bom, ajvarom, kobasicama itd.), klicono{ e
 posle prele`ane zaraze babiwe groznice
 { to se pojave u babi wama, bilo posle po-
 ba~aja bilo posle redovnog poro|aja, pred-
 metom su bri`qivog ispitivawa i neodlo-
 `nog prijavqivawa vlasti.

- *Kakvu jo{ zada}u vr{ i bolni~ki le-
 kar?*

Bolni~ki lekar ima jo{ va`nu zada}u
 kao saradnik na op{toj narodnoj zdravstve-
 nosti, jer zauzima takav polo`aj. On se ~e-
 { }e susre}e sa raznim poreme}ewima, koja
 se ti~u op{tenarodnog razvitka, narodnog
 zdravog potomstva i zbriwawawa osaka}enih
 i za `ivot i privredu nesposobnih. Sve
 ovakve slu~ajeve trebalo bi da bolni~ki le-
 kar sre|uje i prijavquje, kao { to prijavqu-
 je zaraze, polne bolesti itd. { to prete dru-
 {tvu.

- *S kim sve mora sara|ivat i bolni~ki
 lekar?*

Bolni~ki lekar sara|uje u prvom redu sa
 lekarima svoga odcqewa i sa bolni~arskim
 osobqem, zatim sa lekarima sa drugih odc-
 qewa, i, u drugom redu, sa lekarima izvan
 bolnice, sa domovima milosr|a, sa zdrav-
 stvenim ustanovama (higijenskim zavodima,
 domovima narodnog zdravqa itd).

- *Kakav duh mora da vlada u svakoj bol-
 nici?*

U bolnici mora da vlada duh uzajamnosti,
 predusretqivosti, ose}aja du`nosti, pri-
 pravnosti i ~ewivosti za brzu pomo} i
 trenutnu uslugu, duh prave i ~iste svesrdno-
 sti, Taj se duh ne gaji samo na svom odcqewu,
 nego ga lekar prenosi i na sva druga
 odcqewa prema wihovim suradnicima.

- *Kako treba da je ude{en rad u bolni-
 ci uop{te?*

Rad u bolnici treba da te~e kao rad u ko-
 {nici: bez pogovora i bez zavisti. Lekar

mora raditi sporazumno i bez ustezawa sa
 svim lekarima i svim bolni~kim ~inovni-
 cima i osobqem, sa svim suradnicima u bol-
 ni~kim zavodima, laboratorijumu, apoteci
 itd. Lekar u bolnici jeste prvi uzor u poslu
 i kao takav on mora i ostati, Zajedni~ki
 rad mu lebdi pred o~ima, zato on i ne
 govori o sebi, govore}i o radu, nego uvek is-
 ti~e zajednicu: mi smo uradili to i to, jo{
 }emo izvesti to i to itd. I zaista, nijedan
 lekar, nijedna sestra, nijedan ~inovnik, ni-
 jedan apotekar u bolnici ne radi za sebe: on
 radi svaki za bolesnike.

- *Da li se u bolnici mogu trpeti
 spletke, da li zat a{ki vawa?*

U bolnici ne sme biti spleta niti za-
 |evica, niti ikakve zategnutosti izme|u po-
 jedinih odcqewa. Takve pojave i{le bi na
 {tetu bolesnika i bolnice, a zna~ile bi
 nevaspitanost i nekulturnost. U slu`bi ne
 sme biti neop{tewa pojedinaca me|u sobom.
 Nesporazumi se moraju odmah izglati a ne
 smeju se skrivati.

- *Da li lekar svoj neuspeh, ma u ~emu, sme
 kriti?*

Ni svoj rad ne sme lekar zata{ki vati,
 ticao se on neuspeha u le~ewu ili u dijag-
 nozi, ili ina~e. Istina je u medicini sve-
 tiwa, a patolo{ka anatomija je wena sve{te-
 nica. Istina je ~uvarica lekarske savesti.
 Zato bolni~ki lekar treba da je u tesnoj ve-
 zi sa Zavodom patolo{ke anatomije. To mu
 je sveta du`nost.

- *Bolesnici, {to su u bolnici le~eni,
 da li se tu`e na {to mu drago u bolnici?*

Poneki se ne tu`i ni na {to, ~ak }e re-
 }i i pone{to hvale za bolnicu. Ali mnogi
 se `ale, mnogi }e ~ak qutito re}i da ne da
 Bog nikome wegovu zlu sudbinu: da se le~i
 u bolnici. Da tu ima preterivawa, lako se
 da razumeti; ali mora se, na`alost, prizna-
 ti da ima i opravdanih tu`bi. To naro~ito
 biva otud {to se s bolesnikom ~esto ne po-
 stupa predusretqivo i {to se {tedi i ta-
 mo gde se u bolnici ne mo`e i ne sme {te-

deti. Tu su u prvom redu aparati, lekovi, ogrev i hrana, pa onda uzorita ~isto}a. Zatevawe od bolesnika da sam nabavi aparat, lek itd., ne mo`e se dosta da osudi, a drhtawe od hladno}e za vreme pregleda ili operisawa ili poro|aja u hladnoj sali, mislim da nijednog lekara ne uveseqava.

A kakve ose}aje budi polagawe novoprido{ log bolesnika u nepresvu~enu postequ, u kojoj je kakav bolesnik odle`ao svoju bolest, neka svaki sebi sam to pretstavi! Ovo se ne bi smelo doga|ati.

Ovom prilikom }u ista}i da ni za vreme Velikog rata u mojim improviziranim bolnicama (po 1500 do 2000 kreveta), nije nijedan bolesnik niti rawenik sme{ten u postequ, a da nije najpre okupan (i o{ i{ an), pa onda tek, u ~isto obu~en, sme{ten u ~istu postequ. Udesio sam bio ispred kupatila sobu za svla~ewe i { i{ awe, a iza kupatila sobu za obla~ewe u ~isto rubqe, pa otud u ~istu postequ. Svu~eno rubqe i odelo i{ lo je najpre u dezinfekciju — u tu svrhu ude{enu furunu, pa tek otuda u magacin.

Otkuda ta nevoqa od nema{tine? Ne znam {ta je tome krivo, ako nije slu~ajno besicqno rasi pawe dodeqenih suma na izdr`avawe preventivnih ustanova. Da li su one u tome obimu, zbiqa, potrebne?!

Lekar i nedostaci dana{ wih bolnica

- *Da li ima dovoqno bolnica, odnosno bolesni~kih posteqa, u na{oj dr`avi?*

Nema! Prema zahtevu nauke (Esmarh i Grotjan) dolazi pet posteqa na 1000 stanovnika. Prema tome, u na{oj bi dr`avi trebalo da ima do 75.000 posteqa, a ima ih svega 27.000 posteqa, dakle ne{to vi{e od jedne tre}ine.

- *Od ~ega najvi{e pat e danas na{e bolnice uop{te, i u prestonici i u unutrawost i, {to lekare dovodi ~est o do o~ajawa?*

Danas pate bolnice najvi{e od nema{tine; zacarila se sanitetska politika prema

onoj narodnoj „Pru`aj se prema guberu.“ Vodi modernu bolnicu prema modernim zahtevima i udovoqiti takvoj sanitetskoj politici ne mo`e se slo`iti sa lekarskom nishave{ }u ni etikom. ^udnovato je da ne}e to da shvate oni koji odre|uju izdatke za bolnice u dr`avnom predra~unu, ili ne}e ili ne mogu da shvate potrebe bez kojih savremena bolnica ne sme postojati niti mo`e opstati. Ostaviti bolnicu bez sredstava za odr`avawe ~isto}e, bez redovne poebuke, naro~ito bez ~iste posteqe, ostaviti je bez neizbe`nih iako skupqih lekova i instrumenata; ostaviti hirur{ku salu bez dovoqne koli~ine etera, benzina, bez alkohola, bez gaze itd; {tedeti u hrani do tvrdi~ewa i u ogrevu bez milosti, zna~i pretvoriti bolnicu u ustanovu, koja se, po dana{wem shvatawu, ne sme zvati bolnicom. I jo{ ne{to: zahtevati u bolnici od bolesnika da sam nabavi „izuzetan“ lek ako on to mo`e, zna~i izazivati zlu krv u onome koji to ne mo`e. Takvo stawe je nemilosrdan atak na lekarevu savest.

- *Kakav jo{ nedostatak imaju na{e bolnice, zbog koga lekari t ako/er o~ajavaju?*

Golem nedostatak na{ih bolnica uop{te je jo{ je i u tome {to one nemaju odeqewa koje bi vodilo brigu o onim bolesnicima koji ozdrave, pa nisu vi{e za bolesni~ku negu, a siroma{ni su, te se otpuste iz bolnice goli i bosii, bez obzira da li je toplo ili hladno, ili ci~a zima, oni ispadnu na ulicu bez marja{a u xepu, bez nade da }e se gde zgrejati ili da }e gde utoliti glad, pa po|u kroz ulice „tra`eji posla“ i „pru`ajuji ruku da im se udeli“. Za wih je nebo visoko, a zemqa tvrda. Prolaznici prolaze mimo wih, odmahujuji rukom i kunu}i i bolnicu i lekare „koji su bez srca.“ (Ovakvim se slu~ajevima koriste kesaro{ i lopovi, pa ulaze u stanove pod vidom „otpu{tenih iz bolnice“, i krađu). Zaiستا, pustiti ~oveka u takvom stawu da ide u gustu neprobojnu pomr~inu izgleda i bezdu{nom i besavesnom radwom; ali nesavesnost bi bila i onda od toga lekara koji je otpustio toga bednika iz bolni-

ce da ga je zadr`ao u bolnici izle~ena! Jadni lekar! [ta je mogao raditi, a da se ne ogre{i o svoju savest?! Incidit in Scyllm cupiens vitare Charibdim! (Upadne u Scilu `ele)i da izbegne Hari bdu).

- *Odeqeqe za zbriwawawe ot pu{t enih a siroma{nih bolesnika* moralo bi da postoji u svakoj bolnici, pre sviju drugih odeqewa, i u onoj, gde nema nikakvih odeqewa. Ono bi trebalo da vodi brigu o povratku otpu{tenih u porodicu, ako je imaju; o iznaluasku rada za wih u vezi sa Berzom rada; ono bi ih trebalo snabdeti obu}om i, zimi, toplim odelom. Istina, ovaj i ovakav rad nije ~isto medicinski, ali je zadatak socijalne politike, pa bi se to dalo lako izvesti, s obzirom na to {to su oba ta zadatka pod jednim i istim ministarstvom. Pored toga tereta u dr`avnom buxetu, ovo odeqewe bi moglo biti potpomognuto i privatnom pomo}u: izvesnom sumom od bogatih, le~enih u bolnici; privatnim prilozima Crvenog krsta, imu}nijih gra|ana, banaka itd.

- *Kakav je dodir izme|u bolnice i preventivnih zavoda?*

Dodir izme|u bolnice i preventivnih zavoda (Higijskog instituta, zdravstvenih domova, de~jih poliklinika {kolskih itd.), prili~no je slu`ben, birokratski, a to ne bi smelo biti. Kao {to se ~ove~je telo ne mo`e cepkati na pojedine delove bez veze sa celinom, da bi se ti delovi mogli shvatiti i le~iti, isto tako se ne mo`e ni op{ta medicinska ve{tina cepkati na osamqene delove. Zato je cepawe medicine na preventivnu i kurativnu na {tetu celine, jer medicinska doktrina je nedeqiva celina koja obuhvata i le~ewe i spre~avawe bolesti. Otkad je medicine, weni su vr{ioci radili tako. Uostalom mnogo i mnogo {to{ta od onoga {to se danas stavqa u zadataku preventivnoj medicini i nije medicina: to je ~ist socijalan i dr`avan rad, koji, kao takav, tre-

ba da padne na teret drugih nadle{tava, i ako wegov rezultat mo`e i op{tem narodnom zdravqu da bude od koristi. Bolni~ki lekari, vi{e nego drugi koji, kao i medicinari, moraju biti u stalnoj uzajamnosti sa preventivnim zavodima. [tavi{e, vaqa te`iti za tim da se svi zdravstveni domovi {to vi{e pribli`e bolnicama, da im budu od koristi, jer ~im wima budu od koristi, bi}e od koristi i bolesnicima vi{e nego ovako zvrje}i ~esto prazni. Mo`da bi ih, ve}inom, trebalo pretvoriti u bolnice prema mesnim potrebama.

Odnos bolni~kih lekara sa Higijskim institutom trebalo bi da je te{wi i vi{e uzajaman u radu. Nije dobro {to je zavedeno ovako sa tzv. „sta`irawem“. Svakojako koristi bi bilo vi{e, i za jednu i za drugu stranu, kad bi preventivna i kurativna sta`irawa bila uzajamna i te{wa.

Lekar i prijemno odeqewe

- *[ta je zadata i du`nost prijemnom odeqewu u bolnici?*

Svi bolesnici koji su izvana upu}eni na le~ewe u bolnicu, sa ili bez dijagnoze, bilo od privatnih ili uredskih i drugih lekara, bilo od ustanova ili pojedinaca, moraju biti pregledani u prijemnom odeqewu (Pravilnik o dr`avnim bolnicima ~l. 5), i otud upu}eni ia odeqewe za takve bolesnike, ili se vra}aju, ako nisu za bolni~ko le~ewe. Prijemno odeqewe je vrlo va`no i lekar koji u wemu vr{i slu`bu, mora pribrati sve svoje iskustvo i napregnuti sve znawe da bi odgovorio svojoj du`nosti. Zato i treba da je prijemno odeqewe pod nadzorom kojeg vi{eg lekara (primarijusa) i da se u wne upu}uje mla|i lekar na samostalnu slu`bu. (~l. 4 Pravilnika o dr`. bolnicama odre|uje za to „glavnog de`urnog lekara koji ima najwawe jednu godinu bolni~ke slu`be!).

Akcioni plan*

Strategije razvoja zdravstvene zaštite u Beogradu do 2010. godine za oblast primarne zdravstvene zaštite - domovi zdravca -

1. Ostvariti ujedna-enost u dostupnosti, obezbeđenosti i kvalitetu zdravstvene zaštite

Specifični ciljevi	Zadaci	Indikatori	Nosioci/rok
1.1. Obezbediti jednake uslove za korišćenje zdravstvene zaštite za sve građane	<ul style="list-style-type: none"> Sa-initi Program zdravstvene zaštite stanovništva Beograda Određiti osnovni paket usluga primarne zdravstvene zaštite koji finansira obavezno zdravstveno osiguranje putem kapitalizacije Izraditi Program modernizacije službe hitne medicinske pomoći u Beogradu 	<ul style="list-style-type: none"> Usvojen Program Određen osnovni paket usluga 	Uprava grada, Gradski zavod za javno zdravce, Filijala RZZO/rok: zavisno od donetih dokumenata za Republiku
1.2. Unaprediti kapacitete i opremljenost domova zdravca	<ul style="list-style-type: none"> Sa-initi Plan razvoja prostornih, kadrovskih kapaciteta i opremljenosti u domovima zdravca u Beogradu 	<ul style="list-style-type: none"> Broj adaptiranih, novo-izgrađenih objekata i sl. Broj vrsta nabavljene opreme Ujedna-ena dostupnost i pristupa-nost mreže domova zdravca Primljeni važeći standardi 	Uprava grada, Gradski zavod za javno zdravce, domovi zdravca, Filijala RZZO/rok: mart-juni 2007. godine
1.3. Obezbediti stalno unapređene kvaliteta zdravstvene zaštite	<ul style="list-style-type: none"> Sprovoditi istraživanja u oblasti stalnog unapređivanja kvaliteta 	<ul style="list-style-type: none"> Broj sprovedenih istraživanja satisfakcije i sl. 	Gradski zavod za javno zdravce, domovi zdravca/rok: kontinuiran zadatak
1.4. Podsticati razvoj, primenu i praćenje dobre prakse i novih zdravstvenih tehnologija	<ul style="list-style-type: none"> Sprovesti istraživanje stavova i prakse lekara u domovima zdravca u Beogradu u vezi sa primenom vodi-a, kao i u-estavost njihove primene (evaluacija implementacije vodi-a) 	<ul style="list-style-type: none"> Broj oblasti vodi-a koji se primenjuju adekvatno 	Gradski zavod za javno zdravce, domovi zdravca, stručne komisije/rok: kontinuiran zadatak
	<ul style="list-style-type: none"> U-estavovati u izradi novih vodi-a dobre prakse i protokola rada Uvoditi nove zdravstvene tehnologije za koje postoje dokazi o primarnosti, kvalitetu i efikasnosti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 	<ul style="list-style-type: none"> Broj oblasti vodi-a koji su izrađeni Broj uvedenih novih tehnologija 	Gradski zavod za javno zdravce, domovi zdravca, ekspertska grupa/rok: kontinuiran zadatak
1.5. Uvoditi i razvijati sistem akreditacije zdravstvenih ustanova	<ul style="list-style-type: none"> U-estavovati u uvođenju i primeni sistema akreditacije zdravstvenih ustanova 	<ul style="list-style-type: none"> Broj vrsta akreditovanih zdravstvenih ustanova 	Ekspertske grupe/rok: kontinuiran zadatak

*Iz: „Strategija razvoja zdravstvene zaštite u Beogradu do 2010. godine“ (Nacrt); grad Beograd - Gradska uprava, Sekretarijat za zdravstvo i Gradski zavod za javno zdravce, Beograda, maj 2007/08.

2. Obezbediti veću otvorenost domova zdravčaka porodici i zajednici i razvoj aktivnog pristupa u pružanju zdravstvene zaštite zasnovane na potrebama stanovništva

Specifičnosti	Zadaci	Indikatori	Nosioci/rok
2.1. Inicijative, kreirati i sprovesti akcije u zajednici usmerene ka unapređenju i o-uvažu zdravlja	<ul style="list-style-type: none"> Sa-initi Plan akcija u zajednici - grad/opština Sprovesti i evaluirati aktivnosti promocije zdravlja Sprovesti i evaluirati aktivnosti promocije zdravlja među posebno ugroženim grupama (Romi, siromašni, osobe sa invaliditetom) 	<ul style="list-style-type: none"> Plan akcija usvojen Broj i vrsta aktivnosti 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravlje, domovi zdravlja, partneri iz zajednice, mediji/rok: kontinuiran zadatak
2.2. U zdravstvenoj delatnosti intenzivirati razvoj modela koji podržavaju promociju zdravlja	<ul style="list-style-type: none"> Sprovesti nadzor nad radom postojećih centara za preventivne zdravstvene usluge i podsticati otvaranje centara u domovima zdravlja gde oni nisu još uvedeni, prema utvrđenoj dinamici Kontinuirana edukacija zaposlenih (svih profila) u domovima zdravlja 	<ul style="list-style-type: none"> Broj centara koji funkcionišu u skladu sa modelom, broj novootvorenih centara Broj i tema seminara, broj i profil u-esnika 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravlje, domovi zdravlja/rok: kontinuiran zadatak
2.3. Informisati, edukovati i osposobjavati stanovništvo u vezi sa o-uvaženjem zdravlja i smanjenjem faktora rizika	<ul style="list-style-type: none"> Sprovesti i evaluirati komunikacione kampanje Organizovati edukativne seminare na lokalnom nivou Stvarati mrežu edukatora na lokalnom nivou 	<ul style="list-style-type: none"> Broj, trajanje i tema kampanje Broj održanih seminara, broj u-esnika Broj edukatora u zajednici 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravlje, domovi zdravlja/rok: kontinuiran zadatak
2.4. Sprovesti mobilizaciju i razvijati participaciju i organizaciju zajednice za brigu o zdravlju	<ul style="list-style-type: none"> Informisati stanovništvo o odgovornosti za zdravlje Razvijati mehanizme za participaciju zajednice, posebno u domenu zdravlja majke i deteta Organizovati akcije u zajednici Nastaviti rad na Projektu „Beograd - zdrav grad“ - razviti podprojekat „Treznilište“ Izraditi Program prevencije traumatičnog u Beogradu 	<ul style="list-style-type: none"> Broj i vrsta medijskih poruka Broj i tema seminara/konferencija, broj u-esnika Broj i sastav radnih grupa, Broj i vrsta aktivnosti, broj u-esnika Broj i vrsta projekata u zajednici 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravlje, domovi zdravlja/rok: kontinuiran zadatak

3. Stvarati i razvijati partnerstvo za zdravqe na lokalnom nivou izme|u dr`avnog, privatnog i nevladinog sektora

Specifi~nici qevi	Zadaci	Indikatori	Nosioci /rok
3.1. Formirati gradski i razvijati odbore i koalicije za javno zdravqe na lokalnom nivou	<ul style="list-style-type: none"> • Sa-ini ti Strategiju javnog zdravqa grada Beograda • Imenovati odbore/koalicije • Sa-ini ti plan rada odbora/koalicija • Sprovoditi aktivnosti u skladu sa planom 	<ul style="list-style-type: none"> • Strategija usvojena • Broj odbora/koalicija • Usvojen plan • Ispuven plan 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravqe, domovi zdravqa, partneri iz zajednice, NVO, mediji /rok: kontinuiran zadatak, Strategija usvojena sredinom 2008. godine
3.2. Formirati i razvijati stručne komisije za razvoj primarne zdravstvene zaštite na nivou Grada	<ul style="list-style-type: none"> • Imenovati komisije • Sa-ini ti plan rada • Sprovoditi aktivnosti u skladu sa planom 	<ul style="list-style-type: none"> • Broj komisija • Usvojen plan • Ispuven plan 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravqe, domovi zdravqa, partneri iz zajednice, NVO, mediji /rok: kontinuiran zadatak, Strategija usvojena sredinom 2008. godine
3.3. Razvijati intersektorsku saradnju i multidisciplinarni rad	<ul style="list-style-type: none"> • Identifikovati partnere u razli~itim sektorima • Imenovati radne grupe • Sa-ini ti plan rada • Sprovoditi aktivnosti u skladu sa planom 	<ul style="list-style-type: none"> • Broj partnera • Broj radnih grupa • Usvojen plan • Ispuven plan 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravqe, domovi zdravqa, partneri iz zajednice, NVO, mediji /rok: kontinuiran zadatak, Strategija usvojena sredinom 2008. godine

4. Stalni razvoj i edukacija ljudskih resursa

Specifi~nici qevi	Zadaci	Indikatori	Nosioci /rok
4.1. Planirati i sprovesti program stručnog usavršavanja i kontinuirane medicinske i javno zdravstvene edukacije	<ul style="list-style-type: none"> • Doneti Plan stručnog usavršavanja zdravstvenih radnika i saradnika na nivou grada • Podsticati pohlewe [kole javnog zdravqa kroz posredni omsto usavršavawe 	<ul style="list-style-type: none"> • Usvojen plan stručnog usavršavanja • Broj zaposlenih i zaposlenih specijalista • Broj polaznika [kole javnog zdravqa 	Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravqe, [kole javnog zdravqa, [kole medicinske [kole, domovi zdravqa, /rok: plan se donosi na po-etku godine, prawe sprovedena plana je kontinuiran zadatak
4.2. Uvoditi i razvijati sistem licenciranja zdravstvenih radnika	<ul style="list-style-type: none"> • U-estvovati u uvo ewu i primeni sistema licenciranja zdravstvenih radnika 	<ul style="list-style-type: none"> • Broj zdravstvenih radnika koji su stekli licencu • Broj onih koji su obnovili licencu 	Mi ni starstvo zdravqa, komore, fakulteti, [kole medicinske [kole i sl. /rok: kontinuiran zadatak

5. Unapređivati primarnu zdravstvenu zaštitu zasnovanu na potrebama stanovništva

Specifičnosti	Zadaci	Indikatori	Nosioci/rok
<p>5.1. Pratiti zdravstveno stanje stanovništva i determinante zdravlja</p> <p>5.2. Procenjivati zdravstvene potrebe, rizike i opekavaj zajednice</p> <p>5.3. Inovirati, razvijati, sprovesti i pratiti programe preventivne zdravstvene zaštite</p>	<ul style="list-style-type: none"> Sprovesti istraživanje zdravstvenog stanja i determinanti zdravlja i nejednakosti u zdravlju Analizirati rezultate istraživanja i razviti programe u skladu sa prioritarnim problemima Sprovoditi i pratiti nacionalne preventivne programe, posebno one koji su usmereni na rano otkrivanje oboljavanja Izraditi specifične preventivne programe (po populacionim grupama - posebno za majku i dete, stare, siromašne, invalide, Rome i po delatnosti - posebno za stomatološku zdravstvenu zaštitu) 	<ul style="list-style-type: none"> Broj saobliženih istraživanja, izveštaja, analiza, informacija o zdravstvenom stanju Broj saobliženih preventivnih programa i specifičnih programa 	<p>Izveštaj za zaštitu zdravlja Srbije „M. Jovanović Batut“, Ministarstvo zdravlja, Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravlje, domovi zdravlja, udruženja, korisnici, partneri iz zajednice, mediji/rok: kontinuiran zadatak</p>

6. Razvijati informativno-komunikacione tehnologije i zdravstveno-informacioni sistem

Specifičnosti	Zadaci	Indikatori	Nosioci/rok
<p>6.1. Uvesti i razviti jedinstveni informacioni sistem na nivou primarne zdravstvene zaštite u skladu sa postojećim i novim zakonskim dokumentima</p> <p>6.2. Ujediniti elektronsko vešev medicinske dokumentacije međudomovima zdravlja u Beogradu</p> <p>6.3. Uspostaviti jedinstvenu bazu podataka za teritoriku - regiono korisnicima zdravstvenih usluga u Beogradu</p> <p>6.4. Unaprediti kvalitetske resursnih baza u zdravstvenim ustanovama u Beogradu (kadar, oprema, prostor - uspostaviti i sl.)</p> <p>6.5. Formirati registar privatnih zdravstvenih ustanova</p> <p>6.6. Unaprediti kvalitet registara HNO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Inicirati i uvesti u izradu donosilac i podzakonskih akata u vezi sa uvođenjem novog informacionog sistema i donosilaca zakonskih dokumenata po kojima je izjednaen pristup u korišćenju elektronske i papirne dokumentacije. Uvesti u izradu Strategije grada vezane za informativno-komunikacione tehnologije u zdravlju Analizirati postojeće i razviti domski informacioni sistem, stepen umreženosti zdravstvenih ustanova i opređenosti kompjuterskom opremom (serveri i drugo) Uvesti u izradu Projekta „Uvođenje elektronske zdravstvene dokumentacije“ Obezbediti potreban kadar i edukaciju postojećeg kadra za uvođenje baza na lokalnom nivou 	<ul style="list-style-type: none"> Formirana grupa stručnjaka na izradu strateških i zakonskih dokumenata sa nivoo Grada Broj održanih sastanaka Broj usvojenih dokumenata potrebnih za izradu baza podataka Broj zdravstvenih ustanova sa implementiranim softverskim rešenjem Broj održanih treninga /treniranih osoba 	<p>Izveštaj za zaštitu zdravlja Srbije „M. Jovanović Batut“, Ministarstvo zdravlja, Uprava grada Beograda, Gradski zavod za javno zdravlje, Gradski zavod za statistiku i informatiku i nevladin sektor angažovan na ovim poslovima/rok: zavisio od aktivnosti na republi-kom nivou</p>

Vek intelektualne elite*

A. Marković

Tokom 100 godina u Srbiji je doktoriralo 17.289 osoba, od kojih su 4.699 žene. – Prva titula na Pravnom fakultetu u Beogradu

Tokom sto godina univerzitetskog obrazovanja, u Srbiji je doktoriralo 17.289 osoba, od kojih su 4.699 žene. Pravnik Jovan Lončarić je bio prvi doktor nauka u Srbiji. Prema popisu stanovništva Republike Srbije iz 2002. godine bez Kosova i Metohije, evidentirano je približno sedam i po miliona stanovnika, među kojima je 5.022 doktora nauka. U Srbiji je u 2006. godini doktoriralo 429 osoba, od čega 258 muškaraca i 171 žena.

Ovo su samo neki od interesantnih podataka koji se mogu pronaći u ediciji „Naučnici Srbije“ Zadubine Andrejević, koja je nedavno objavila i Desetu svesku iz ove edicije pod nazivom „Sto godina doktorskih studija“. U voj su dati podaci koji se odnose na sticawe doktorskih zawa u Srbiji od 1905. do 2004. godine. Podaci su klasifikovani po nekoliko kriterijuma, kao što su godina doktorirawa, fakultet, nau-na oblast, obrađene su i teme doktorskih disertacija, kao i pol doktoranata.

Tako se, recimo, saznaje da su neposredno posle osnivawa Beogradskog univerziteta 1905. godine, na Pravnom fakultetu u Beogradu samo dve godine kasnije odbravene prve dve doktorske disertacije u Srbiji. Filozofski fakultet nije dugo zaostajao za Pravnim. Prvi doktorski radovi urađeni su 1909. godine, da bi se do 1927. godine tendencija sticawa najviših naučnih zawa nastavila iskqu-ivo na ova dva fakulteta.

Od 1945. do 1955. godine na Pravnom su doktorirale ukupno 34 osobe, od čega samo

jedna žena, dok na Veterinarskom nijedna žena nije stekla najviše naučno zvaue. Interesantno je da su se na Farmaceutskom fakultetu u tom periodu titulom doktora „okitila“ dva naučnika, dok Medicinski fakultet 1954. godine beleži i jednog doktora medicine.

Ako se u razmatrawe uzme period od 1956. do 1964. godine, primetno je da je Filozofski fakultet u Beogradu predwaio po broju novih doktora. Najviših je među istoričarima – wih jedanaestoro steklo je doktorsku diplomu 1956. godine, da bi tokom naredne decenije interesovawe za ovu granu nauke drastično opalo, pa su svega dva istoričara 1964. godine odbrnila doktorat.

Fakultet političkih nauka 1965. godine postaje „bogatiji“ za tri doktora koji su za naučni rad odabrali teme iz ove discipli-

- U Srbiji je 2006. godine doktoriralo 429 naučnika, a od toga 171 žena.
- Tokom 2006. godine magistriralo je 1.063 poslediplomaca, a specijaliziralo 747.
- Medicinski fakultet je prvi po broju doktorskih titula - 3.568
Prirodno-matematički fak. - 1.921
Filozofski fakultet - 1.427
- Na Bogoslovskom fakultetu samo je jedna žena odbrnila doktorsku disertaciju i to 1988. godine,
- Najviših naučnika doktoriralo je 1965. godine - 622.

*Iz: Politika, 17, mart 2008.

ne. Umetni~ki fakulteti imaju najmawi broj doktoranata u svojim redovima. Na Fakultetu dramskih umetnosti 1974. godine „ro|eni“ su prvi doktori teatrologije. Situacija je gotovo identi~na i na Likovnoj i Muzi~koj akademiji.

U priuru~niku koji je objavila Zadubina Andrejevi} predstavljena je i tabela koja se odnosi na doktore nauka koji su od 1950. do 1956. godine disertaciju odbranili u SANU. Ukupno 63 doktora, i to 49 mu{karaca i 14 `ena steklo je zvaue u ovoj nau~noj i kulturnoj ustanovi.

Bogoslovski fakultet karakteristi~an je po tome {to su od 1936. do 2006. godine na wemu doktorirale 22 osobe i to iskqu~ivo mu{kog pola. Skoro identi~na situacija je i na Vojnoj akademiji na kojoj je od 1982. do 2006. godine na smeru ratna ve{tina doktoriralo 75 ~udi, dok se za vojnopoliti~ki smer opredelilo svega wih dvoje.

Vi{e od trista medicinara od 1965. do 2006. godine doktorski rad je odbranilo na Vojnomedicinskoj akademiji. Dvadeset stomatologa u Crnotravskoj ulici steklo je ovo najvi{e zvaue.

Drugi deo ove zna~ajne publikacije u izdawanu Zadubine Andrejevi} posve}en je magistrima nauka kojih, zakqu~no sa 2006. godinom, ima vi{e od trideset hi~ada i ~ije }e zvaue u skladu sa obrazovnom reformom u Srbiji prestati da postoji 2012. godine.

Ukazuju}i na zna~aj podataka koji su predstav~eni u okviru Edicije „Nau~nici Srbije“, prof. dr Kosta Andrejevi} istakao je da je to dobar materijal za upravqawe razvojem najobrazovanijeg kadra u Srbiji.

On je naveo da se na osnovu tih podataka mo`e zakqu~iti da Srbija zauzima ugledno mesto u Evropi. Profesor Andrejevi}, me|utim, otvoreno postavqa pitawe da li je doktorirawe privatna potreba samog pojedinca ili treba da bude stvar od {ireg dru{tvenog zna~aja.

Su{tinsko pitawe, prema wegovom mi{qewu, trebalo bi da bude – ko odre|uje teme doktorskih studija na dr`avnim i privatnim univerzitetima. Od posebne va`nosti je utvr|ivawe kriterijuma na osnovu kojih se dobijaju doktorske teme i koliko one doprinose ukupnom razvoju privrede i dru{tva.

Podse}aju}i na jubilej – dvesta godina visokog {kolstva u Srbiji, akademik Qubisav Raki}, predsednik Nau~nog saveta Zadubine Andrejevi}, podsetio je da je u periodu od Dositeja Obradovi}a do formalnog organizowawa Beogradskog univerziteta Srbija imala doktore nauka koji su studije zavr{ili na stranim univerzitetima.

Govore}i o prekretnici koju je u srpsko {kolstvo donela Bolowska deklaracija, akademik je istakao da u takvom sistemu doktorske studije postaju deo kontinuiranog obrazowawa koji je univerzalan i va`i u celoj Evropi.

U novom sistemu {kolowawa, doktorske studije }e postati organizowane, {to zna~i da }e pre odbrane doktorske teze, kandidati biti u obavezi da u stru~nim ~asopisima objave dva nau~na rada koji }e postati dostupni {iroj nau~noj i objektivnoj javnosti.

Pokolewima na dar*

S. Dimitrijevi¹

Na jednom mestu sa`et o skoro 200 godina istoriije visokog obrazovawa od Liceja i Velike { kole do Univerzitet a u Beogradu

U li~noj karti Univerziteta u Beogradu zapisane su, zapravo, tri godine ro|ewa: daleka 1808, zatim 1838. i na kraju 1905. Odakle god da se krene u { etwu kroz istoriju srpskog visokog obrazovawa, ne}e se pogre{ iti.

Ne}e se pogre{ iti ni ako se prvo pome- ne Dositej Obradovi} i wegova Velika

{ kola, Atanasije Nikoli}, prvi rektor Liceja, ili kapetan Mi{ a Anastasijevi}, koji je dana{ wi Beogradski univerzitet smestio u zgradu koja se i daqe smatra jednom od najlep{ ih u prestonici.

Slu~ajni putnik kroz ovu najnoviju monografiju na{ eg najve}eg i najstarijeg univerziteta prirodno zastaje i kod slike kraqa Petra Prvog i wegovog ukaza o progla{ ewu prvog Zakona o Univerzitetu, proklamacije „da su nastavnici slobodni u izlagawu svoje nauke“.

Svi na{ i rektori...

Od osnivawa Liceja 1838. godine do danas, na{ u najvi{ u obrazovnu instituciju vodili su slede}i profesori: Atanasije Nikoli}, Isidor Stojanovi}, Konstantin Brankovi}, Gavriilo Popovi}, Igwat Stanimirovi}, Sergije Nikoli}, Janko [afarik, Sava Jov{ i}, Emilijan Josimovi}, Vuk Marinkovi}, Kosta Cuki}, Rajko Le{ janin, zatim (Velika { kola) Konstantin Brankovi}, Sergije Nikoli}, Stojan Markovi}, Josif Pan-i}, Emilijan Josimovi}, Alimpije Vasi}evi}, Stojan Bo{ kovi}, Dimitrije Ne{ i}, Pantelija Panta Sre}kovi}, Kosta Alkovi}, Jovan S. Bo{ kovi}, Svetomir Nikolajevi}, Sima Lozani}, Svetislav Vulovi}, Vojslav Baki}, Jovan @ujovi}, Gligoriije Giga Ger{ i}, Nikola I. Stamenkovi}, Kosta Glavini}, Milan Jovanovi} Batut, Marko T. Leko, Sava Uro{ evi} i od 1905. godine Sima Lozani}, Jovan Cviji}, Andra J. Stevanovi}, Sava Uro{ evn}, Bogdan Gavrilovi}, Slobodan Jovanovi}, \or|e Stanojevi}, Pavle Popovi}, ^edomir Mitrovi}, Vladiimir P. Mitrovi}, Vladiimir K. Petkovi}, Aleksandar Bel i}, Ivan \aja, Vladiimir]orovi}, Dragoslav B. Jovanovi}, Petar Mici}, Nikola Popovi}, Stevan Jakov}evi}, Ilija \uri-i}, Vuki} Mi}ovi}, Borislav T. Blagojevi}, Bo`idar S. \or|evi}, Dragi{ a Ivanovi}, Jovan Gligorijevi}, Dragoslav Jankovi}, Miroslav Pe-ujli}, Vojslav M. Petrovi}, Zoran Pjani}, Slobodan Unkovi}, Rajko Vra-ar, Dragutin Vel i-kovi}, Dragan Kuburovi}, Jago{ Puri}, Marija Bogdanovi}, a sada je na -el u BU Dejan Popovi}.



Kapetan Mi{ a Anastasijevi}

¹ Sandra Dimitrijevi}.

*Iz: Politika, 10. oktobar 2005.

Olovne devedesete

„Beogradski univerzitet delio je sudbinu srpskog društva tokom dvadesetog veka, prateći njegove uspone (u periodu do 1914. godine, između dva svetska rata) i u razdoblju kada je otupela revolucionarna oštrica komunističke vlasti i padove (tokom oba svetska rata, u revolucionarnim prevratima neposredno posle Drugog svetskog rata i u „olovnim“ devedesetim godinama).

Postao je alma mater svih univerziteta u Srbiji, Crnoj Gori i Makedoniji, kao i u dobrom delu Bosne i Hercegovine“, zapisao je na ovim stranicama rektor, profesor dr Dejan Popović.

Ovaj profesor Pravnog fakulteta je inače 35. rektor od 1905. godine. Na čelu Liceja bilo je 12 rektora, dok su Veliku (kolu vodila 22 uvažena profesora. Filozofski fakultet je dao najviše rektora, a dr Marija Bogdanović je bila jedina „prva dama“ u Kapetan-Mičinom zdanju na Studentskom trgu.

Od osnivanja Liceja 1838. godine do danas, na čelu najviše u obrazovnu instituciju vodili su sledeći profesori: Atanasije Nikolić, Isidor Stojanović, Konstantin Branković, Gavriilo Popović, Irgwat Stanimirović, Sergije Nikolić, Janko (afarik, Sava Jovčić), Emilijan Josimović, Vuk Marinković, Kosta Cukić, Rajko Lečjanin, zatim (Velika (kola) Konstantin Branković), Sergije Nikolić, Stojan Marković, Josif Pančević, Emilijan Josimović, Alimpije Vasićević, Stojan Bočković, Dimitrije Nećić, Pantelija Panta Srećković, Kosta Alković, Jovan S. Bočković, Svetimir Nikolajević, Sima Lozanić, Svetislav Vulović, Vojslav

Bakić, Jovan (ujović), Gligorije Giga Gerčić, Nikola I. Stamenković, Kosta Glavinic, Milan Jovanović Batut, Marko T. Leško, Sava Urošević i od 1905. godine Sima

Lozanić, Jovan Cvijić, Andra J. Stevanović, Sava Urošević, Bogdan Gavrilović, Slobodan Jovanović, (or) Stanojević, Pavle Popović, (edomić Mitrović), Vladimir P. Mitrović, Vladimir K. Petković, Aleksandar Belić, Ivan (aja, Vladimir (orovi), Dragoslav B. Jovanović, Petar Micić, Nikola Popović,

Stevan Jakovčević, Ilija (uri)ć, Vukić Mićović, Borislav T. Blagojević, Bođidar S. (or)ević, Dragi (a Ivanović), Jovan Gligorijević, Dragoslav Janković, Miroslav Pećujlić, Vojslav M. Petrović, Zoran Pjanić, Slobodan Unković, Rajko Vračar, Dragutin Velićković, Dragan Kuburović, Jago (Purić), Marija Bogdanović, a sada je na čelu BU Dejan Popović.

U Sastavu BU danas je 31 fakultet (prole godine je pod okriće Univerziteta vraćen Pravoslavni bogoslovski fakultet) i pet naučnih instituta. Do početka (kolске 2004/05. godine, na Univerzitetu u Beogradu je diplomiralo 322.288 studenata, 20.707 akademaca je magistriralo, dok su doktorske disertacije odbranila 12.073 mlada naučnika.

Za obrazovawe oko 75.000 akademaca na prestoničkom Univerzitetu brine 2.539 nastavnika, 2.411 asistentata i drugih saradnika u nastavi, a tu je i 2.807 pripadnika van-nastavnog osoblja. Na (indeks ima i oko 500 stranih dr`avčana, koji studiraju mahom na Stomatološkom, Filološkom, Medicinskom i Arhitektonskom fakultetu.

Beogradski univerzitet

- 75.000 studenata
- 5.000 nastavnika i saradnika
- 31 fakultet
- pet instituta
- (etiri centra
- Univerzitetska biblioteka
- 10.340 mesta u 11 studentskih domova
- 15 restorana u kojima se dnevno pripremi 80.000 obroka



Do danas je 87 uglednih ličnosti iz zemlje i sveta ponelo titulu počasnog doktora Univerziteta, a među njima su i Ivo Andrić, Ogiš Goven, ser Derek Barton (dobitnik Nobelove nagrade za hemiju)...

Poruka predaka

Značajan deo Beogradskog univerziteta su i zadužbine. Prema podacima iz decembra 1939. godine, BU je raspolagao sa 75 zadužbina i 11 fondova. Najstariji registrovan je Fond za podizanje Botaničkog vrta, osnovan 1890. godine. Godinama nakon Drugog svetskog rata Univerzitet nije imao pravo upravljanja svojim zadužbinama. Neke su prodane, neke prestale s radom. Uz velike napore, korišćenje ponekad i nedorečenost propisa i dobrovoľu uticajnih pojedinaца, Univerzitet je uspeo da 1995.godine od Ministarstva kulture dobije na upravljanje 11 zadužbina i dva fonda, a poslednjih godina je osnovano i nekoliko novih fondova iz kojih se stipendiraju i nagrađuju najbolji akademci.

Kad je već o studentima reč, poeci institucionalizovanog studentskog organizovanja seću se uvek u 1852. godinu, kada je osnovan Fond za pomoć siromašnim studentima, u kojem su upravljanje učestvovali i sami akademci. Godine 1867. osnovano je udruženje studenata „Pobratimstvo“, koje je natkrililo samonikle studentske klubove i imalo karakterističan politički telos. Akademci su uvek dizali glas kada je trebalo braniti pravdu ili autonomiju Univerziteta – 4. aprila 1936. godine, juna 1968, marta 1991, u protestima 1996/97. ili 5. oktobra 2000. godine.

Dr Dejan Popović je ovaj kviz zapisao: „Institucija univerziteta je uspela da preživi skoro čitav milenijum i da ostane temelj na kojem poivava savremena civilizacija samo zahvaljujući tome što je umela da se neprestano prilagođava. To je poruka koju su nam ostavili naši preci i sami suočeni sa izazovima svoga veka, koju o stogodišnici prvog srpskog Zakona o Univerzitetu moramo da prepoznamo“.

Ogwi{ te srpske medicine*

O. Popovi}

Srpsko lekarsko dru{tvo obele`ava 135 godina postojawa sa `eqom da objedini pod svojim krovom sve {to ~ini lekarsku struku, ka`e predsednik SLD dr Vojkan Stani}

Srpsko lekarsko dru{tvo ove nedelje slavi zavidan jubilej – 135 godina postojawa i neprekinutog rada. SLD je najstarija dru{tvena organizacija u Srbiji, najstarije je lekarsko dru{tvo na Balkanu i jedno je od najstarijih lekarskih udru`ewa u svetu, osnovano samo ~etiri godine posle formirawa Engleskog kraqevskog lekarskog dru{tva. Profesor dr Vojkan Stani}, predsednik SLD, podse}a da je ovo strukovno udru`ewe imalo ogromnu ulogu u razvoju srpske medicine, o~uvawu i unapre|ewu zdravqa naroda, podsti~u}i razvoj dru{tva u celini.

– @elim da vizija nekada{wih osniva~a SLD bude i danas vodiqa, da SLD bude dru{tvo koje }e objediniwovati sve ono {to ~ini lekarsku struku. Danas u Srbiji ima 25.000 lekara, a u SLD se okupqa 16.000, uprkos te{kim godinama dru{tvo je opstajalo i trudilo se da okupqa lekare i unapre|uje znawa i struku. Da za boqi `ivot i zdravqe svi radimo zajedno – i Ministarstvo zdravqa, svi medicinski fakulteti i svi lekari – ka`e za „Politiku“ profesor Stani}.

Davne 1872. godine, pre 135 godina, u malenoj Srbiji, u vreme kad dr`awa jo{ nije stekla me|unarodno priznawe (dobila ga je na Berlinskom kongresu 1878), u atmosferi nacionalnog bu|ewa i u poluvezalnoj Srbiji, lekari su bili, kako nagla{ava dr Stani}, upravo ta dru{tvena elita, koja je prva osetila potrebu da se organizuje i stavi na ras-

polagawe narodu. Ciq je bio: o~uvawe, unapre|ewe i za{tita zdravqa, le~ewa i zdravstvenog prosvetivawa, ali i razvoj medicinske nauke. Srpsko lekarsko dru{tvo nastaje posle Matice srpske, prvih gimnazija u Karlovcima, Kragujevcu i Beogradu, liceja u Kragujevcu i Beogradu, „Srpskih novina“ i Vuji}evog pozori{ta. Osniva~i SLD su bile znamenite istorijske li~nosti, velikani na{e medicine, fascinantni vizi onari.

– Na{iciudi, lekari, {kolovani u Be~u, Parizu, Cirihi vra}ali su se u Srbiju voleni idejom da pomognu svom narodu. Sam~in osnivawa Dru{tva predstavqao je jednu od najzna~ajnijih inicijativa u dr`avi. Inicijator osnivawa bio je dr Vladan \or|evi} koji je SLD nazvao „ogwi{tem srpske nauke koje }e se razvijati sa op{tim napretkom medicinske struke“, podse}a na osnivawe dana{wi predsednik.

Prema ideji Vladana \or|evi}a, Dru{tvo je trebalo da obuhvati sve lekare koji su radili u Srbiji, srpske lekare koji su radili van weni granica, strane lekare i nau~nike svetskog glasa koji bi imali status po~asnih ~lanova, kao i one koji nisu lekari – prijateqe i saradnike Dru{tva koje je u svom ~lanstvu objedinilo civilne i vojne, dr`avne i privatne lekare i stomatologe. Tako su se me|u osniva~ima na{~etiri Srbina, tri Nemca, tri ^eha, dva Poqaka, jedan Grk i jedan Slovak. Bilo je to malo internacionalno dru{tvo, ali bilo je na{e. Bili su to: A}im Medovi} (predsednik), Vladan \or|evi} (sekretar), Jovan Ma{in, \or|e Klinkovski, Jovan Valenta, Panajot Papakostopulos, Josif Hoqec, Bernard Bril, Sava Petrovi}, Julijus Lenk, Marko Polak, Petar Ostoji} i zubni

*Iz: Politika, 27. maj 2007.

lekar Ilija Ranimir. Osniva~ima }e se ubrzo pridru`iti i Josif Pan~i} i Mladen Jankovi}.

Neposredno posle osnivanja na inicijativu Dru{tva Skup{tina Kne`evine Srbije donosi „Zakon o ure|ewu sanitetske struke i o ~uvawu narodnog zdravqa” i osniva: ustanove za spre~avawe bolesti qudi i stoke; za le~ewe bolesnih qudi i za ~uvawe neizle~ivih bolesnika, bogaqa, slepih, gluvonemih, sumanutih; na granicama dr`ave karantine, a po okruzima postavqa fizikuse, sreske lekare, op{tinske lekare, op{tinske babice i marvene lekare. Posle Drugog svetskog rata Dru{tvo je nastavilo sa svojom prepoznatqivom misijom.

Danas SLD godi{we organizuje oko hiqadu razli~itih stru~nih i nau~nih sastanaka,

simpozijuma i kongresa. Radi kroz 80 specijalisti~kih sekcija i 80 podru`nica.

- Strate{ko mesto i uloga SLD-a danas je o~uvawe digniteta lekarske profesije. Na{e dru{tvo treba da bude lider u struci, a strate{ki partner sa Ministarstvom zdravqa i medicinskim fakultetima. Prema zakonu formirali smo Skup{tinu Lekarske komore, ali zbog izostanka podzakonskih akata ona nije jo{ za`ivela, ali nadam se da }e se i to uskoro dogoditi. @elimo i da omasovimo ~lanstvo SLD, zala`emo se da se privatni i dr`avni lekarski sektor izjedna~e, kao i da se usvoje univerzalni, javni kriterijumi za napredovawe u struci, zasnovani iskqu~ivo na profesionalnoj kompeticiji i eti~kim vrednostima lekara - ka`e dr Stani}.

Zabadava dobiste, zabadava dajte

M. Pe{i}¹

Lekara je Bog stvorio i lekovi su Bo`ja tvorevina. Lekar ne le-i sam, nego Bog le-i kroz wega. Bog upu}uje lekara i on propisuje lek. Obratite se lekaru, ali u isto vreme najvi{e Gospoda i wegove svete molite da ga urazume da pogodi pravi lek“, ovako je pisao ~uveni ruski svetiteq sveti Teofan Zatvornik svojoj duhovnoj deci kada su ga pitala za savet kako da postupaju u bolesti.

Oduvek su hri}ani u bolesti tra`ili pomo} lekara, ali i svetiteqa odlaze}i u manastire u kojima se nalaze ~udotvorne ikone ili netrule`ne mo}ti Bo`jih ugodnika. Novi zavet je prepun primera u kojima je I sus Hristos isceqivao slepe, hrome, gubave, i one s uma si{le. Ne samo primerom, ve} i konkretnom poukom Spasi teq je poru~io dvanaestorici apostola: „Bolesne le-ite, mrtve di`ite, demone izgonite, zabadava dobiste, zabadava dajte“.

Me|u svetiteqima bilo je mnogo {kolovanih lekara koji su svoje ume}e, ali i blagodati koju su zbog vrlinskog `ivota zadobili od Boga, koristili da besplatno le-e qude. Najpoznatiji su svakako sveti vra-i Kozma i Damjan, i sveti Pantelejmon. Malo je poznato da je sveta Anastasija Farma-

kolitrija, koja je `ivela u tre}em veku, bila prva {kolovana `ena lekar u hri}anstvu koja je le-ila u na{im krajevima. Bila je udata za visokog rimskog dostojanstvenika. Kada je primila hri}anstvo sve svoje znawe koristila je da pomogne ubogima.

Pogubqena je u Sirmijumu, dana{woj Sremskoj Mitrovici, gde je nadvenim grobom kasnije podignuta crkva. Rukave svetiteqke ~uvana je u srpskom manastiru Orahovici u Hrvatskoj, a sada se nalazi u crkvi u Medincima kod Podravske Slatine.

Sveti velikomu~enik Pantelejmon (slavi se 9. avgusta) na ikonama se izobra`ava kako u ruci dr`i kov-e`i} sa lekovima. I ako je imao medicinsko obrazovawe onog vremena, Pantelejmon je le-io molitvom, prizivaju}i ime I sus Hrista, zbog ~ega je iz

zavisti svojih kolega bio optu`en i izveden pred cara Maksimilijana i pogubqen 304. godine.

Sveti besrebrenici i ~udotvorci Kozma i Damjan, ili sveti Vra-i, za{titnici su srpske medicine i farmacije. I na-e, vra~na crkvenoslvenskom zna-i {kolovani lekar. Ve} godinama svakog 14. novembra lomqewem kola~a lekari slave ove svete teqe kao krsnu slavu. Pravoslavna crkva ~uva spomen



Za{titnici medicine: Sveti Vra-i.

¹ Milenko Pe{i}

* Iz: Politika, 12. novembar 2007.

na tri para svetih vra-a. Sveti Kozma i Damjan Rimqani proslavqaju se 14. jula, Sveti Vra-i Arabqani 30. oktobra i Sveti Vra-i iz Azije 14. novembra.

Kult po{ tovawa svetih Vra-a ima duboke korene u srpskom narodu. Mnogo crkava je posve}eno ovim sveti teqima koji poma` u svima koji im se molitveno obrate za pomo}. Mnogi Srbi, ali i Albanci, do 1999. godine odlazili su u manastir Zo-i{ te gde su im monasi ~itali molitve za ozdravqewe na mo{ tima svetih besrebrenika Kozme i Damjana. Posle minirawa Zo-i{ ta mo{ ti su preba-ene u Sopo}ane da bi letos bile ponovo vra}ene u obnovqenu svetiwu kod Orahovca na Kosovu i Metohiji.

Patroni lekarskog esnafa bra}a Kozma i Damjan, ~ije su mo{ ti posle osam godina izgnanstva ponovo u Zo-i{ tu, ro|eni su u Aziji. Posle o-eve smrti u~ili su medicinu i pro~uli se kao ~udotvorci koji besplatno iscequju, ne samo znawem, ve} i iskrenom hri{ }anskom verom. Predawe ka` e da su se bra}a jednom posva|ala, jer je Damjan od jedne `ene koju je izle-io uzeo tri jajeta. Kozma se toliko naqutio da je tra`io da kada budu umrli da ih ne sahrane zajedno. Ali Damjan uzev{ i jaja, ipak nije postupio suprotno Hristovoj pouci, jer dar nije uzeo kao platu za le~ewe, ve} zato { to ga je `ena zaklela Svetom trojicom. Po Bo`joj promisli bra}a su ipak sahrawena zajedno u mestu Ferman.

Za~eci srspkog vojnog sani t et a

Ta~kom 167. uputstva iz 1835. godine { e- f u vojnih poslova dato je u du`nost da bri- ne o zdravcu vojske i o bolni cama. Godine 1836. regrutovano je prvih 2000 vojnika po- deqenih na ~etiri oblasne komande. U jed- nom krilu beogradske kasarne otvorena je prva vojna bolnica pod upravom dr Karla Belonija. U ustavu iz 1838. godine, para- graf 19. je glasio: „Pope~iteq vnutrenih dela ima da se brine za sve { to se ti~e voj- ske i da upravqa sanitetskim poslovima dr- `ave“. U wegov resor do{ lo je naro~ito „karantinsko i sanitetsko odeqewe“ i za prvog na~elnika postavqen je dr Karlo Pa- cek. To odeqewe imalo je da „preduzme sve { to mo`e poslu`iti za{titi `ivota i zdravqa srpskog naroda, uklawaju}i sve { to je tome protivno. Ovamo spada: a) podi zawe, organizovawe i nadzor zemaqskih karanti- na protivu kuge, da se ta opasna bolest ne

uvu~e u zemqu, ili, ako se to nije moglo spre~iti, da se ta bolest { to skorije ugu- { i i iskoreni; b) da se, u sporazumu sa po- pe~iteqstvom prosvje{ ~enija, pod ~ijim nadzorom stoje bolnice, stara za spre~ava- we i iskorewivawe drugih opasnih i pri- cep~ivih bolesti, kao { to su: trule` rana, qudske bogiwe i druge kobne zaraze. Prema tome odeqewe }e se postarati v) da podig- ne potrebne javne apoteke, da postavi u~e- ne lekare i babice i da spre~i zloupotre- bu lekova od strane lekara“.

Godine 1839. u glavnom { tabu vojske uve- deno je mesto { taps-doktora. Prvi je bi o dr Emerik Lindenmajer. Godine 1840. otvorena je mala garnizonska bolnica u Po`arevcu pod upravom dr Maksima Niki}i}a Mi{ ko- vi~eva, a zatim i u Kragujevcu sa magistrom hi rurgije dr Jovanom Petrovi}em na ~elu.

Godine 1842. Vu~i} je na{ ao da „Srbiji ne treba vi{ e od tri lekara“, pa je dr Kar- la Paceka proterao. Na wegovo mesto ubr-



Dr Karlo Beloni
(1807-1877.)



Dr Karlo Pacek
(1807-1876.)



Dr Jovan Steji}
(1803-1853.).

zo je do{ao dr Jovan Steji}, „lekar iz Vojvodine, dobar administrator i dobar Srbin“, koji je „kao op{te obrazovan ~ovek pribavio sanitetskom odcqewu ve}u va`nost“.

*Iz: „Medicinski fakultet
Univerzitet u Beogradu 1095-1920-2005“,
Beograd, 2005.*

Prvi lekari u polunezavisnoj Srbiji

Prvi lekar u Srbiji, Grk Konstantin Aleksandridi, do{ao je 1819. i ostao samo do 1821. godine, zato „{to su mu po~eli platu preko pogodbe umawivati“.

Dr Vito Romita, Napolitanac, u Beograd je do{ao 1823. godine. Bio je najpre lekar beogradskog pa{e, a 1824. pre{ao je u slu`bu kwaza Milo{a. Godine 1827. prebegao je u Bukure{t ostaviv{i i porodicu i imawe, izgleda iz straha {to su bile otkrivenene neke wegove poslovne zloupotrebe.

Dr Silvester Bartolomeo Kunibert, Italijan iz Savijana, koji je zavr{io medicinu u Torinu, 1826. godine postao je lekar beogradskog pa{e, a posle dve godine pre{ao je u slu`bu kod kwaza Milo{a. O`enio se }erkom dr Romite. Bio je odani prijateq kwaza Milo{a koga je obave{tavao o svemu {to bi doznao od engleskog konzula i uticajnih Turaka. Godine 1839. napustio je Srbiju sa prognanim kwazom, a 1843. godine iz Italije je do{ao u Be~da mu se pridru`i. Godine 1850. izdao je memoare na francuskom jeziku.

Pomiwe se da je u Jagodini radio izvesni dr \or|e, poreklom Grk, ~ije je prezime izgubqeno. Isto tako, pomiwu se jedan ruski lekar koji se, posle bekstva iz zarobqeni{tva u Maloj Aziji naselio i radio u Po`arevcu, i jedan turski lekar, koji je radio u ^a-ku, ali wihova imena nisu sa~uvana.

*Iz: „Medicinski fakultet
Univerzitet u Beogradu 1095-1920-2005“,
Beograd, 2005.*

Milan Jovanovi}-Batuta

I za{la je najnovija kwiga na{eg poznatog higijeni~ara, socijalnog radnika i odli~nog propagatora i popularizatora medicine u na{em narodu, profesora dr Milana Jovanovi}a - Batuta o ne`ewama i staro`ewenima sa zdravstvenog, socijalnog i rasnog gledi{ta.

Ova kwiga zgodno je do{la ba{u vreme objavqivawa zakona o porezu na ne`ewe i tako odmah dobila i direktno priznawe, ali wena pojava je istovremeno vrlo korisna da objasni kakva opasnost preti od ne`ewa za dru{tvo, narod i rasu.

Samo kada mu{karci i `ene budu svesni svojih du`nosti, kada budu shvatili da od wihove harmoni~ne zajednice zavisi opstanak porodice, naroda i rase, samo }e tada biti osigurana budu}nost jedne dr`ave.

Iz: Politika, 5. januar 1931. godine

Ve-erwe klinike od 11. decembra

To }e biti jedini oblik dopunskog rada lekara koji je izabrao da puno radno vreme radi u dr`avnoj ustanovi, a ukoliko nastavi da radi i u privatnoj praksi - dobi }e otkaz

Do 11. septembra svi zdravstveni radnici koji su zaposleni u dr`avnim medicinskim ustanovama mora }e da se opredele da li `ele da rade puno radno vreme u dr`avnoj ustanovi ili pola radnog vremena u dr`avnoj, a druga ~etiri sata u privatnoj ordinaciji. Medicinari koji se odlu-e za puno radno vreme u dr`avnoj ustanovi, a nastave da rade u privatnoj praksi bi }e otpu{teni sa posla, upozorio je dr Tomica Milosavcevi }, ministar zdravqa.

On je na ju-era{voj konferenciji za novinare istakao da bi dr`avne zdravstvene ustanove od 11. decembra trebalo da organizuju dopunski, odnosno ve-erwi rad u cilju pru`awa zdravstvenih usluga koje nisu obuhva}ene zdravstvenim osiguranjem i intervencija koje se u tim ustanovama i ina-e izvode. Cene u ve-erwim klinikama dr`avnih ustanovama bi }e tr`i{ne, ali ne }e biti ujedna-ene - utvr|iva }e ih upravni odbori zdravstvenih ustanova, a pacijenti }e upla}ivati naknadu za dopunsku zdravstvenu uslugu zdravstvenoj ustanovi.

- Cenovnici }e biti istaknuti na vidnim mestima, a ve-erwe klinike od 11. septembra posta }e jedini oblik dopunskog rada lekara, koji puno radno vreme rade u dr`avnoj ustanovi - precizirao je ministar Milosavcevi }.

Pravo na dopunski rad ne }e imati direktori zdravstvenih ustanova, na-elnici odecawa i {efovi odseka, a u narednih nekoliko meseci direktori zdravstvenih ustanova treba da po-nu da reorganizuju svoje ustanove, kako bi ve-erwe klinike funkcionisale po tr`i{nim uslovima. Zdravstveni radnici koji zakqu-e ugovor o radu sa nepunim radnim vremenom sa dr`avnom ustanovom ne }e mo }i da zakqu-e ugovor o dopunskom radu sa svojim poslodavcem, kao ni sa drugom zdravstvenom ustanovom koja se nalazi u dr`avnoj svojini.

Ciq ovih mera jeste da se obezbedi ve}a bezbednost pacijenata, da se najboqi stru-waci u oblasti zdravstva zadr`e u dr`avnim ustanovama, kao i da se iskoreni korupcija u bolnicama. Bezbednost pacijenata se pove}ava tako {to }e wima biti pru`ane zdravstvene usluge u onim ustanovama u kojima postoji ve}i broj pregleda i u kojima se dnevno zbriwavaju hiqade pacijenata, a najboqi lekari bi }e stimulisani da rade u okviru svojih matinih zdravstvenih ustanova tako {to }e dobijati tr`i{ni honorar za svoje medicinske usluge u ve-erwim klinikama. A ako se ima na umu da cena jednog konsultantskog pregleda na tr`i{tu iznosi izme|u 40 i 50 evra, onda je jasno da }e to biti zna-ajan priliv novca za jednu zdravstvenu ustanovu koji }e biti upotrebqen za popravqawe uslova rada u woj - istakao je dr Tomica Milosavcevi }.

On je dodao da }e otvarawe ve-erwih klinika pove}ati buxet zdravstvenih ustanova i da }e taj novac biti upotrebqen za podizawe kvaliteta rada u celoj zdravstvenoj ustanovi. Legalni priliv novca omogu }i }e i nabavku nove medicinske opreme, koja po kvalitetu ne }e zaostajati za aparatima koji postoje u nekim ustanovama privatne prakse.

On je tako|e dodao da direktori zdravstvenih ustanova odlu~uju da li }e i pod kojim uslo-
vima dozvoliti podelu radnog vremena, a oni direktori koji odobre podelu radnog vremena
bi }e u mogu}nosti da zaposle novi kadar sa nepunim radnim vremenom.

„Na tr` i{ tu radne snage postoji 2.500 mladih i nezaposlenih lekara koji su { est godi-
na studirali i ulagali u svoje znawe, a Ministarstvo zdravqa ima ciq da do 2010. godine
prepolovi broj nezaposlenih lekara – ako 2.000 lekara odlu~i da u dr` avnim zdravstvenim
ustanovama radi skra}eno radno vreme, mi }emo zaposliti 1.000 mladih stru-waka da zdrav-
stveni sistem ne bi trpeo ni~ije odsustvo“, istakao je ministar zdravqa.

Dr Tomica Milosavcevi} je objasnio da zdravstvena ustanova mo`e po~eti pru`awe
zdravstvenih usluga na osnovu organizacije dopunskog rada ako dobije saglasnost Mini star-
stva zdravqa. Da bi dobila tu saglasnost zdravstvena ustanova je du`na da podnese zahtev
Ministarstvu u kome se detaqno opisuju na~in i postupak organizacije dopunskog rada, vr-
ste zdravstvenih usluga za ~ije pru`awe organizuje dopunski rad, ime, prezime, zanimawe,
specijalnost i broj osoba koje }e biti anga`ovane po osnovu ugovora o dopunskom radu za
pojedina~ne vrste zdravstvenih usluga. Zdravstvena ustanova je du`na i da podnese podatke
o listama ~ekawa koje se vode u zdravstvenoj ustanovi, o vremenu ~ekawa i broju osoba na
listama, podatke o vremenu zakazivanja za pojedina~ne zdravstvene usluge, cene tih usluga
i radno vreme za pru`awe takvih usluga.

K. \or/evi}

Iz: Politika, 7. avgust 2008.

Prijavqeni za upis na fakultete zdravstvene struke i aktuelni kapaciteti {kolske 2008/9. godine u Srbiji

Fakulteti	Buget	Samofinansiraju}i	Prijavqeni za upis
Medicinski fakultet u Beogradu	450	50	830
Stomatolo{ki fakultet u Beogradu	160	0	418
Farmaceutski fakultet u Beogradu	250	75	547
Medicinski fakultet u Novom Sadu	415	110	613
Medicinski fakultet u Kragujevcu	170	172	427
Medicinski fakultet u Ni{u	220	220	632
Medicinski fakultet Pri{tina	50	100	102
Ukupno	1715	727	3569

Iz: Politika, 28. jun 2008.

Magnet na rezonanca za jubilej u` i~ke bolnice

Uskoro i pejsmejker centar u ustanovi koja je obele`ila 155 godina rada

U`i~ka Op{ta bolnica, u okviru ju-eraweg obele`avawa 155 godina postojawa, po-
stala je bogatija za moderan i zdravstvu ovog kraja i te kako potreban ure|aj – nuklear-
nu magnetnu rezonancu, kakve su retkost u gradovima koji nemaju klini~ke centre. Nabav-
ka ovog savremenog aparata za dijagnostiku ko{tala je 1,3 miliona evra, iz sredstava Re-

publi~kog fonda za zdravstvenu za{titu (70 odsto ukupne sume) i Zdravstvenog centra U`ice. Tako|e, sve je ovde spremno i za otvarawe pejsmejker centra, pa }e se uskoro pacijentima iz ovog kraja, koji su za ovaj zahvat upu}ivani u beogradske ustanove, pejsmejker ugra|ivati i u u`i~koj bolnici. Zna~ajan je i po~etak primene projekta za recikla`u medicinskog otpada.

Magnetna rezonanca je, bez sumve, lek za „usko grlo“ ovda{weg zdravstva, dijagnostiku, zbog ~ega su pacijenti mesecima ~ekali na pravu terapiju ili operaciju. Wenom nabavkom, po re~ima direktora Zdravstvenog centra U`ice dr Darka Marinkovi}a, Ministarstvo zdravca je prepoznalo potrebe stanovnika ovog okruga. – To je put kojim smo krenuli ka osvajanu novih metoda u dijagnostici i terapiji, uz druge ciceve koje smo postavili: podizawe kvaliteta rada, pove}awe broja pacijenata u laparaskopskoj hirurgiji, boqa kadrovska popuvenost u radiologiji i anesteziologiji da bismo smawili vreme ~ekawa na pojedine dijagnosti~ke procedure i operacije, i drugo – kazao je Marinkovi}.

O razvojnem putu u`i~ke Op{te bolnice govorila je wena direktorka dr Olga Vu~evi}, podsetiv{i da po~etak datira iz 1853. godine kad je mehana u nasequ Carina pretvorena u prvu bolnicu. Sada{we zdawe u Kr~agovu napravqeno je 1922. godine i od tada objekti su u vi{e navrata dogra|ivani. Novi hirur{ki blok gra|en je od 1977. do 1988. godine, a na po~etku novog milenijuma zavr{eno je osam operacionih sala. Nedavno je obavqena rekonstrukcija internog i grudnog odcqewa, kuhiwe, kotlarnice, ve{eraja. Bolnica sada ima 745 posteqa.

Podaci govore da je izme|u dva rata u bolnici radilo pet lekara, prva {kolovana medicinska sestra Lela \uki} Majstorovi} zaposlila se 1951. godine (prisustvovala je ju~era{woj sve~anosti), a trenutno u ovoj ustanovi radi 211 lekara, od kojih su 134 specijalisti, i 713 medicinskih sestara. U`i~ka bolnica pro~ula se po uspesima u laparaskopskoj hirurgiji, ovda{we slu`be interne medicine, hirurgije i pedijatrije su na supspecijalisti~kom nivou, a u slu`bi za ortopedsku hirurgiju i traumatologiju ura|en je najve}i broj operacija ove vrste posle Ortopedske klinike na Bawici.

B. Pejovi}

I z: Politika, 22. jun 2008.

Za ranu dijagnostiku i le~ewe poreme}aja pam}ewa

U Instytutu za neurologiju u Beogradu 4. juna ove godine sve~ano je otvoren Cenar za poreme}aje pam}ewa i demencije, prvi centar u na{oj zemqi koji }e se baviti tom problematikom

Statistike ka`u da deset odsto qudi preko 65 godina boluje od Alchajmerove bolesti. Osnovni ciq Centra za poreme}aje pam}ewa jeste rana dijagnostika prema najsavremenijim svetskim kriterijumima i rano zapo~iwawe terapije pacijenata sa poreme}ajem pam}ewa i drugih kognitivno-bihevi oralnih promena, kao i rana dijagnostika i le~ewe demencije. Rad Centra u prvofazi bi}e u okviru ambulante i poliklinike, a pregledi }e se zakazivati preko sistema dnevne bolnice.

Centar za poreme}aje pam}ewa i demencije nije samo mesto dijagnoze i le~ewa, ve} je i metodolo{ki centar za obrazowawe lekara i sredweg medicinskog osobqa iz drugih institucija u Srbiji. Centar }e se posebno baviti informisawem i edukacijom pacijenata i porodica kako da se nose sa bole{wu i sa tekujim problemima kroz radionice i savetovani{ta, kao i podizawem svesti {ire javnosti o zna~aju ranog prepoznavawa i le~ewa Alchajmerove demencije.

I z: White, jun 2008.

Veb dizajn prema svetskim standardima

Kliničko-bolnički centar „Be`anijska kosa“ postavio je novi veb sajt, redizajniran prema svetskim standardima i prilagođen potrebama slepih i slabovidnih osoba.

KBC „Be`anijaka kosa“ je prepoznao značaj internet komunikacija u zdravstvenoj edukaciji opšte populacije i prevenciji i ranom otkrivanju bolesti. Tako posetioci sajta, na adresi www.bkosa.rs, mogu da se informišu o slabostima koje su im na raspolaganju, da zakažu pregled, ali i da se informišu o određenim zdravstvenim problemima.

Pored informacija o uslugama i programima koje pruža ovaj KBC, na sajtu se nalaze informacije o organizacionoj strukturi ustanove, kao i podaci neophodni ukoliko po`elite da postanete njihov donator i član oficijelnog Kluba dobrotvora.

Iz: White, jun 2008.

Izložba umetnikog stvaralaštva lekara

Povodom obeležavanja 100. godišnjice Srpskog lekarskog društva (SLD), u Vojnomedicinskoj akademiji je svečano otvorena izložba umetnikog stvaralaštva lekara-pripadnika VMA, umetničke sekcije SLD-a i Društva lekara Vojvodine.

Izložbu je otvorila dr sc. med. Elizabeta Ristanović, načelnica Odeqewa za odnose sa javnošću VMA, koja je naglasila da se u ovoj ustanovi unesređenima i bolesnima pomažu vrhunskim dijagnostičkim i terapijskim postupcima, ali i lepom rešju i snagom.

– @elimo da promovišemo zajedništvo lekara i umetnika: da životoveka ulepšimo, snovišim, da smanje agresivnost i podstaknu uverenost o prolaznosti svake nesreće. Glavna vrednost nauke je istina, koja je ponekad surova i bolna, a osnovni proizvod umetnosti je lepota koja blokira razornu moć istine, uliva sve`u snagu i daje nove boje surovoj realnosti. I mo`da je baštova esencijalna spoznaja stimulusa za bulewe umetnikog izraza u onima koji stvaraju zdravce – objasnila je Ristanovićeva.

D. D. K.

Iz: Politika, 8. maj 2008.

Akcija otkrivanja raka grlišta materice

Akcija organizovanog otkrivanja raka grlišta materice po`e 17. maja u opštini Saviški venac, a pregledi `ena bi}e obavqani vikendom. Pacijentkiwe od 29 do 48 godina koje `ive na podruju ove opštine dobi}e pozive na ku}ne adrese da do|u na pregled kod izabranog lekara-ginekologa.

Takozvanim skriningom na rak grlišta materice u narednom periodu bi}e obuhva}ene i pacijentkiwe od 20 do 65 godina iz drugih delova Srbije, prema Nacionalnom programu za prevenciju raka grlišta materice, koji je Ministarstvo zdravca sa-inilo u julu 2007. godine.

O`ekuje se da se ovim aktivnostima zaustavi negativni trend obolevawa od raka grlišta materice, jer je Srbija po broju `ena koje su umrle od ove bolesti na prvom mestu u Evropi.

D. D. K.

Iz: Politika, 9. maj 2008

Besplatne rekonstruktivne operacije za decu

Princeza Katarina Karaorjević svečano je otvorila jedan od najmodernijih objekata za estetsku i rekonstruktivnu hirurgiju kod nas, Kliniku „Olimp“ u Novom Sadu. Rukovodilac stručnog tima lekara prof. dr Dimitrije Panfilov, predsednik Međunarodne akademije za estetsko-plastičnu hirurgiju, dobitnik niza najvećih priznava u ovoj oblasti i jedan od najboljih u svetu najpoznatijih plastično-rekonstruktivnih hirurga, na otvaranju klinike je kao svoju donaciju Humanitarnom radu W.K.V. princeze Katarine obećao besplatne operacije za decu Srbije. U ovoj klinici će svakog meseca, kako je predviđeno, biti urađene po dve besplatne rekonstruktivne operacije za male pacijente.

D. R.

Iz: *Politika*, 9. maj 2008.

Zdravčje se osmehom prenosi

Preko takozvanog Belog telefona građani mogu da iznesu primedbe na rad zdravstvenih ustanova. – Ministarstvo zdravčja odgovara u roku od osam dana

Oko 90 odsto svih pritužbi građana na rad zaposlenih u zdravstvenim ustanovama odnosi se na nečubaznost osoblja i lošu komunikaciju, objašneno je na skupu „Zdravčje se osmehom prenosi“.

Da bi se to promenilo, Ministarstvo zdravčja je uvelo i novi način komunikacije sa građanima preko takozvanog Belog telefona, odnosno govornog automata ili SMS-a. Broj 0700-111-700 je 24 sata dostupan stanovnicima naše zemčje koji imaju primedbe na rad zdravstvenih ustanova, a na koje predstavnici ministarstva daju pismene odgovore u roku od osam dana. Pozivi se građanima tarifiraju po ceni lokalnog poziva, bez obzira na to iz kog dela zemčje zovu.

– Namera je da naše ministarstvo u drugoj polovini godine razvije veštine komuniciranja usmerene na suprotstavčjave nasičju u zdravstvenim ustanovama, kako između zdravstvenih radnika međusobno, tako i u njihovom odnosu prema pacijentima – istakao je dr Tomica Milošević, ministar zdravčja.

On je objasnio da već postoje prevedeni vodiči i uputstva sa instrukcijama kako da se razvije veština komuniciranja i spreći nasičje u zdravstvenim ustanovama, izražavajući očekivawe da će se u bolnicama, institutima i domovima zdravčja u drugoj polovini ove i u toku naredne godine razviti sistem edukacije u toj oblasti.

Stanovnici naše zemčje mogu da postavčjaju pitawa i putem SMS-a na broj 32-33, tako što ukučaju M3 razmak i tekst pitawa. Ova usluga je takođe dostupna 24 sata dnevno za korisnike mreža „MTS“ (064/065) i „Telenor“ (062/063). Cena poruke koju plaća korisnik je sedam dinara plus PDV.

– U okviru kampawe štampali smo i promotivni materijal, koji je distribuiran zdravstvenim ustanovama. Jedan od prvih koraka poboljšawa stawa u ovoj oblasti bio je uvođenje zahteva za pacijentovih prava u svim ustanovama. Ponekad je pacijentima dovočjno uputi ti osmeh, koji veoma znači bolesnom čveku. Govor tela je stariji od jezika i pisma, jer će u svakoj kulturi svaka osoba preoznati osmeh i čubaznost. Od kvaliteta komunikacije često zavisi uspeh i ishod lečewa. Lepo pozdravčjen i čudski primčjen pacijent mnogo je spremniji da poslučawa savete, da veruje svom lekaru i da poštuje wegovo miščje – istaknuto je na skupu.

Akcija „Zdravčje se osmehom prenosi“ nastavak je prošlogodišnje kampawe Ministarstva zdravčja pod nazivom „Imate pravo“, a wencičje je kontinuirani rad Ministarstva zdravčja i zdravstvenih radnika na poboljšawu odnosa i komunikacije između lekara, sestara i pacijentata, dok će nastavak ove kampawe biti fokusiran na sprečawa i prevazilačewe nasičja u zdravstvenim ustanovama, kao i mobinga na radnom mestu.

D. Davidov-Kesar

Iz: *Politika*, 12. maj 2008.

Novi sajt KBC „Be`anijska kosa“ i za slepe

U Kliničko-bolničkom centru „Be`anijska kosa“ predstavljen je redizajnirani sajt bolnice, koji je kreiran prema najnovijim svetskim standardima, a jedan je od malobrojnih u Srbiji koji je prilagođen potrebama slepih i slabovidnih osoba.

Osnovni cilj je unapređewe postojeće i internet komunikacije bolnice, olakšavawe i ubrzavawe komunikacije sa javnošću i edukacija opšte populacije o važnosti prevencije i ranog otkrivanja bolesti.

– Osnovna boja na sajtu je qubičasta u kojoj je i većina detača u prostoru KBC „Be`anijska kosa“, a glavni vizuelni je cvet magnolije koji krasi grb naše medicinske ustanove. Odluka da redizajniramo sajt dobija na važnosti sada, jer je broj korisnika Interneta u Srbiji starijih od 15 godina dostigao 25 odsto – istakli su šefnici KBC „Be`anijska kosa“.

D. D. K.

Iz Politika, 12. maj 2008

Magični broj zdravqa 0-3-5-140-5-3-0

Lekari savetuju: nula cigareta, tri kilometra (et we dnevno, krvni pritisak ispod 140, pet obroka dnevno, nivo holesterola niži od tri...

Do dobrog zdravqa uz pomoć magičnog broja, jedinstven je recept koji je građanima upućen sa nedavno održanog simpozijuma kardiologa „Kardiologika“ u Vršcu, koji je okupio više od 500 domaćih i stranih lekara.

Magični broj zdravqa je 0-3-5-140-5-3-0 i ustanovljen je kao moto Evropskog udruženja kardiologa, koje je postavilo cilj da 2050. godine niko mlađi od 65 godina ne oboli od srčanih bolesti ili ne dobijee moždani udar, istakao je akademik dr Mišodrag Ostojić, kardiolog.

Prvi broj, nula, odnosi se na broj cigareta koji nas vodi do zdravqa. Dakle, prvi preduslov da sačuvamo srce i mozak od infarkta i (loga jeste da ne pučimo, a sledeći broj nas podseća da svakoga dana treba da prošetamo ili prepešćimo tri kilometra. U magičnom broju je sadržana i cifra 140 – preporuka da svoj gorvi krvni pritisak uvek održavamo na vrednostima ispod 140 milimetara živinog stuba. Naredni broj upućuje nas na važnost pet redovnih obroka u ishrani, u kojoj treba da budu zastupčeni voće i povrće. Dr Ostojić je podsetio i da je veoma važno da vodimo računa o nivou rizičnog holesterola u krvi, koji ne sme da pređe iznos tri. Posledwa nula u magičnom broju od nas traži da nismo debeli, da nemamo (e)žnu bolest, kao i da vodimo računa o preddijabetesnom stawu.

Iz Politika, 20. mart 2008.

U Srbiji 190 internet zavisnika

U jedinom savet ovali (tu koje se bavi problemima zavisnosti od svetske mreže u našoj zemci trenutno je na tretmanu oko dvadeset mladih osoba

U Srbiji je u protekle dve godine leženo najviše 190 zavisnika od Interneta, sudeći prema podacima za sada jedinog defektološkog savetovališta koje se u našoj zemci bavi problemima zavisnosti od svetske mreže.

Svetski trend zavisnosti od modernih tehnologija očigledno je stigao i na naše prostore, dok istovremeno američki stručnjaci u „^asopisu za psihijatriju“ ističu da bi inten-

zivno slawe elektronske po{ te, SMS poruka, igrave igrice ili sajber seks trebalo prepoznati kao zavisnost i uvrstiti ih u mentalne poreme}aje.

Nakon { to se u stru~nim krugovima sti{ ala polemika da li zavisnost od I nterneta treba uvrstiti u mentalne poreme}aje, zavisnost od telekomunikacionih ure|aja iznedrila je novu dijagnozu – nomof obiju, odnosno strah da se ostane bez mobilnog telefona. Pojavni oblik nomof obije je strah da se ne ostane bez kredita, dometa i baterije, a rezultati prvih istra`ivawa o ra{ irenosti ove „pojave“ govore da vi{ e od 13 miliona Britanaca strepi da ne ostane bez svog mobilnog telefona.

Milan Radovanovi}, specijalni pedagog iz defektolo{ kog savetovali{ ta „Entera“, koje je prvo po~elo da radi sa zavisnicima od I nterneta, ka` e da je za dve godine otvoreno oko 190 zdravstvenih kartona, a trenutno se na tretmanu nalazi oko dvadeset mladih osoba. Radovanovi} ocewuje da je zavisnost od kuckawa SMS-ova i slawa i-mejl ova u stvari zavisnost od potrebe da „neko misli na mene“.

„U skici za profil tipi~nog zavisnika od I nterneta i kompjuterskih igrice nalazi se mlada mu{ ka osoba, u dobi od 16 do 26 godina, koja je ~esto natprose~no inteligentna i koja je do momenta razvijawa zavisnosti bila izuzetno uspe{ na u onome { to radi. To su naj~e{ }e odli~ni |aci ili studenti koji napu{ taju { kolu, odnosno studije, prekidaju socijalne kontakte i emotivne veze zbog svoje vezanosti za virtuelni svet I nterneta“, obja{ wava Milan Radovanovi}.

Po wegovim re~ima, vreme koje se provodi na I nternetu samo po sebi nije dovoljno da bi se postavila dijagnoza zavisnosti.

„Uslov je da to bude slobodno vreme i da ono progresivno raste, kao i da socijalni `ivot i posao trpe zbog zavisnosti“, ka` e na{ sagovornik.

On podse}a da je u osnovi svake zavisnosti lu~ewe takozvanih neurotransmitera zadovoljstva, a apstinencijalni sindrom delimi~no li~i na onaj koji se razvija kada se preki ne sa uzimawem droge: prisutni su blaga glavobolja, opsesivno razmi{ cawe o objektu zavisnosti, stoma~ne tegobe, ali i nevoqni pokreti prstima koji simuliraju rad na tastaturi, obja{ wava Radovanovi}.

Put koji vodi u zavisnost od I nterneta obi~no po~iwe u ~etvrtoj-petoj godini `ivota kada dete dobija kompjuter, odnosno pravo wegovog kori{ }ewa i po~iwe da igra igrice. Wegovo zadovoljstvo vremenom prerasta u strast, strast u naviku, a navika u zavisnost.

Milan Radovanovi} o~ekuje pove}ani obim posla, jer je { kolsko tromese~je doba kada ve}ina roditelja saznaje da wihova deca ne provode vreme u u~ionici, ve} u igraonici ili internet-kaf eu.

I nternet zavisnici me|usobno komuniciraju sa 400 re~i, od kojih je barem pedesetak potpuno nerazumqivo generaciji wihovih o~eva, a re~i kao { to su ata-ment, difolt, resetowawe, daunlodowawe poklapaju se sa `argonom mladih zavisnika od psihoaktivnih supstanci, koji tako|e imaju svoj re~nik koji je potpuno nerazumqiv okolini.

Katarina \or|evi}

Iz: Politika, 26/27. april 2008.

I ZJAVE

Odnos pacijent-lekar

Liaison psihijatri u op{tim bolnicama treba da pomognu kolegama da prepoznaju emocionalni distress kod pacijenata koji su kod njih na odeqewu i da pomognu da se on prevazi|e. Svi hirurzi i kardiolozi znaju da ukoliko pacijent ima psiholo{ki problem, njegov oporavak je te`i i sporiji. Samim tim, tro{kovile-ewa su zna-ajno ve}i, o-emu se kod nas jo{ uvek ne vodi dovoqno ra-una, kao na Zapadu. Brojne ameri-ke studije govore da su postoperativne komplikacije pacijenata koji imaju psiholo{ki problem koji nije na vreme le-en i prepoznat mnogo ve}e i boravak u bolnici je mnogo du`i, -ak za 30 posto. U SAD je nezamisliva op{ta bolnica bez liaison psihijatra, koji poma`e u saniranju psiholo{kog i somatskog stawa. Jedan vrlo va`an deo na{eg rada jeste i edukacija nepsihijatrijskog osobeqa da pacijent ima i du{u, ne samo telo. Tako|e, ni psihijatri ne treba da zaborave da pacijent ima i telo, a ne samo du{u, jer nekad je obrnuto - neki psiholo{ki problem mo`e da bude posledica organskog stawa.

Odnos pacijent-lekar je me|usobni odnos i koliko mi uti-emo na pacijenta, toliko i pacijetn uti-e na nas.

Nikako psihijatri koji pregledaju pacijente sa infarktomb ne treba da zaborave kontratransferne odnose kardiologa i pacijenta, jer se i tu de{avaju razni problemi - ukoliko je, recimo, kardiolog stariji i ima sve faktore rizika za koronarnu bolest, pacijent kome se to de{ava }e sigurno u wemu probuditi wegove li~ne strahove. Vrlo -esto onda imamo reakciju lekara da se distancira od pacijenta, da radi mehani~ki.

S druge strane, -esto lekari poja-avaju strahove pacijenata savetima da ne izlaze sami iz ku}e jer mo`e da im padne {e}er, mogu da dobiju anginozni napad, {to naravno nije ta--no. I onda pacijenti koji su ve}u velikom strahu to doslovno shvataju i prakti~no postaju socijalni invalidi. Tako|e, sami nalazi pacijentu da smawifaktore rizika nisu dovoqni (smawiti telesnu te`inu, prestanak pu{ewa i sli~no).

*Dr Nat a{a [ikani}, {ef odseka za konsultativnu
i liaison psihijatriju, KBC „Dr Dragi{a Mi{ovi}“
Iz: White, jun 2008.*

Bolni~ki farmaceut kao -lan klini~kog tima

Reforma bolni~kih apoteka je zapo~eta pre par godina pod pokroviteljstvom Evropske agencije za rekonstrukciju i u wu je bilo ukqu-eno preko -etrdeset bolni~kih apoteka iz Srbije.

Reforme su donele poprili~an preokret u na-inu rada tih bolni~kih apoteka. Nov na~in rada podrazumeva druga~ije sagledavawe problema i ukqu-ivawe u neke druge poslove -uvo|ewe farmaceuta u Komisiju za terapiju i lekove, gde klini~ki tim donosi odluke o lekovima i terapijskim protokolima u bolnici, sagledavawe terapije pacijenata, aktivno u-e{ }e u spre-avawu ne`eqenih dejstava i interakcija lekova, izdavawe lekova pojedina-no za svakog pacijenta, sprovo|ewe osnovnih farmakoekonomskih analiza i drugo. Nova uloga farmaceuta podrazumeva saradwu sa lekarima, sa upravom i sa pacijentom, a to zahteva i

dotatnu edukaciju, tako da su svi farmaceuti uključeni u promene završili ili odgovaraju u specijalizaciju i nadaće se bave kontinuiranom edukacijom. U mnogim bolnicama te novine su vrlo lepo prihvaćene kako od strane farmaceuta, tako i od strane lekara i uprave. Naravno, potrebno je vreme da se čudi prilagode – i farmaceuti i lekari i uprava i medicinske sestre, pa i sami pacijenti, mada mislim da je wima najlakše u celoj priči, oni mogu samo korist od toga da imaju.

*Mr ph. spec. Dragana Rajinac, načelnik bolničke
apoteke Urgentnog centra Kliničkog centra Srbije
Iz: White, jun 2008.*

Planiramo da prepolovimo nezaposlenost lekara u zemlji. Jedan od načina bi je i određivanje za rad samo u državnom ili samo u privatnom sektoru, ili polovina radnog vremena u državnom, a druga polovina u privatnom sektoru, uz primawe polovine nadoknade.

Prof. dr Tomica Milosavljević, ministar zdravstva

Transplantacija jetre se kod nas izvodi zato što nemamo organe i pravu organizaciju transplantacije koja uključuje i organizaciju donacije. Trebalo bi da se oko toga naročito angažuje KCS kao vodeća ustanova u zemlji. Do sada su urađena 22 takva zahvata, 17 u IKV Dediwe, jedan na Dežoj klinici i četiri na VMA.

Pacijent kome je pri trinaest godina urađena prva transplantacija jetre još uvek je živ i zdrav, čak ima i svoj biznis.

Prof. dr Božina Radević

PET tehnikom se, za razliku od ultrazvuka, CT i magnetne rezonance, prikazuju funkciona svojstva tumorskog tkiva. Jedino uz wegovu pomoć može se sa sigurnošću utvrditi da li je tumor uništen ili ne. Tako se koristi za vizuelno posmatranje funkcionalnawa mozga, procenawawe vitalnosti srčanog mišića itd.

Očekuje se da prve pacijente primimo krajem 2008. ili početkom 2009. godine.

*Prof. dr Vladimir Obradović,
Institut za nuklearnu medicinu KC Srbije*

Standardi u svetu pokazuju da je za optimalno lewe obolelih od karcinoma potrebno imati jedan aparat za radioterapiju na 250.000 stanovnika, pa bi tako Srbija trebalo da ima 22 aparata.

Do kraja godine bi je instalirano još pet novih aparata.

*Prof. dr Nenad Borojević, direktor Instituta
za onkologiju i radiologiju KCS i predsednik
Komisije za unapređivanje radiologije*

Pro{ log meseca smo prvi put u Srbiji izvr{ ili ugradwu ve{ ta-kog kuka primenom kompjuterske navigacione metode, koja omogu}ava na{ im pacijentima brz oporavak i povratak svakodnevnim aktivnostima posle samo sedam dana bolni ~kog le-ewa.

Tako|e, jedino se kod nas, pored VMA, radi ugradwa ve{ ta-kih proteza, istovremeno na oba kolena.

Doc. dr Branko Risti}, direkt or Klinike za ortopediju i t raumat ologiju KBC Kragujevac

Prva ve{ ta-ka { aka sa pet prstiju u svetu ura|ena je 1963. godine i to upravo u Beogradu. Napravio ju je akademik Rajko Tomovi} sa saradnicima. Ta takozvana beogradska { aka sada se nalazi u Muzeju robotike u Bostonu, a u Muzeju robotike u Moskvi nalazi se prva ma{ ina za hodawe invalida napravqena 1972. godine, tako|e u Beogradu. Re~ je o takozvanom spoqnom skeletu. Rukotvorina je akademi ka Mi omira Vukobratovi}a i wegovog tima.

*Prof. dr Dejan Popovi},
Elekt rot ehni ~ki fakul t et , Beograd
(Polit ika, 15. januar 2008)*

[**esta ministarska konferencija „@ivotna sredina za Evropu“, Beograd, Srbija, 10-12. oktobar 2007.***

Odluka o organizovanju (este, po redu, ministarske konferencije u Beogradu, doneta je na osnovu kandidature Republike Srbije, podnete 22. oktobra 2003. godine, na specijalnom zasedanju Radne grupe visokih predstavnika Ekonomske komisije Ujedinjenih nacija za Evropu (United Nations Economic Commission for Europe - UNECE) -ije su -lanice sve dr`ave Evrope, Centralne Azije, Kavkaza, kao i SAD i Kanada. Godine 1991. u gradu Dobris, Republika ^e{ ka, odr`ana je prva ministarska konferencija na kojoj je pokrenut proces „@ivotna sredina za Evropu“, a zatim su odr`ane konferencije: u Lucernu, [vajcarska, 1993, u Sofiji, Bugarska, 1995, u Arhusu, Danska, 1998. i u Kijevu, Ukrajina, 2003. [esta ministarska konferencija „@ivotna sredina za Evropu“ odr`ana je u Beogradu od 10. do 12. oktobra 2007. godine. Ministri i visoki zvani-nici 51 dr`ave -lanice UNECE i Evropske komisije, me|unarodnih i nevladinih organizacija, kao i ostali u-esnici, diskutovali su o postignutom napretku u sprovo|ewu politika `ivotne sredine od Konferencije u Kijevu 2003. godine, kao i o izgradwi kapaciteta, partnerstva i budu}nosti procesa „@ivotna sredina za Evropu“ (Environment For Europe - EfE proces).

„@ivotna sredina za Evropu“ je proces koji udru`uje aktivnosti svih zemaqa koje rade na odr`ivom razvoju u Evropi. U ovom procesu u-estvuju predstavnici vlada evropskih zemaqa, posebno isto-ne Evrope i biv-eg Sovjetskog Saveza, a odluke se donose na ministarskom nivou. U proces su ukqu-ene me|unarodne i me|uvladine organizacije kao

{to su Ekonomska komisija za Evropu Ujedinjenih nacija (UNECE), Organizacija za evropsku saradwu i razvoj (OECD), Evropska agencija za `ivotnu sredinu (European Environmental Agency - EEA), Evropska komisija (EC), Svetska zdravstvena organizacija (WHO), Savet Evrope (SE), finansijske institucije - Svetska banka, Evropska banka za obnovu i razvoj, Evropska investiciona banka, kao i nevladine organizacije.

„@ivotna sredina za Evropu“ predstavqa efektivan forum za definisawe zajedni-ke politike i okupqawe relevantnih partnera. Proces, kao mehanizam i na-in koordinacije, osigurava da }e finansirawe i zajmovi biti usmereni ka prioritnim oblastima `ivotne sredine gde je pomo} najpotrebnija. Tokom dosada{wih ministarskih konferencija donete su brojne odluke koje su od izuzetnog zna-aja za unapre|ewe stawa i za- tite `ivotne sredine u Evropi.

Program [este ministarske konferencije

Radna grupa visokih predstavnika (WGSO - Working Group of Senior Officials), u -ijem radu u-estvuju predstavnici svih 56 dr`ava -lanica UNECE regiona je na sastancima koji su odr`ani u sedi{tu UN u @enevi pripremila dnevni red Konferencije.

U dnevnom redu se posebno insistira na „realizaciji“, tako da se od Beogradske konferencije o-ekivalo da bude „konferencija doprinosa“. U tom smislu, identifikovana su tri osnovna sadr`aja: a) procena realizaci-

*Iz: „Kvalitet `ivotne sredine grada Beograda u 2007. godini, Gradska uprava Sekretarijata za za{titu `ivotne sredine, Gradski zavod za javno zdravqe i Regional environmental Center (Regionalni centar za `ivotnu sredinu za Centralnu i Isto-nu Evropu), Beograd, 2008.

je dogovoreni h odluka i mehanizama; b) analiza problema u izvrš avawu postoje}ih dogovora; v) prezentacija uspe{ nih aktivnosti i primera dobre prakse u ci qu unapre|ivawa i daqe realizacije dogovoreni h aktivnosti.

I. Uvod

Zvani~no otvarawe konferencije i usvajawe dnevnog reda - Konferenciju je otvorio dr Sa{ a Dragin, ministar za{ tite `ivotne sredine Republike Srbije, kao predsedavaju}i, a goste je pozdravio i Boris Tadi}, predsednik Republike Srbije, koji je u svom obra}awu istakao da se odnosu izme|u problema `ivotne sredine na globalnom i regionalnom nivou, me|unarodne stabilnosti, mira i bezbednosti, pridaje sve ve}a va`nost i da ne postoji alternativa za koncept odr`ivog razvoja. U uvodnom delu prisutnima se obratio izvr{ ni sekretar UNECE i izvr{ ni direktor Programa Ujediwени h nacija za `ivotnu sredinu.

II. Procena i imeplementacija

Stawe, monitoring i procena `ivotne sredine - Evropska agencija za `ivotnu sredinu (EEA) u saradnji sa UNECE i drugim partnerima priredila je panevropski izve{ taj o stawu `ivotne sredine naslovqen kao „Beogradska procena“. Istaknuti su specifi~ni nalazi, naro~ito oni koji se odnose na klimatske promene, bi odiverzitet, vodosnabdevawe i sanitaciju, morsku sredinu, obnovqive energije i odr`ive potro{ a-ke i proizvodne obrasce. Nagla{ ena je potreba da se budu}e aktivnosti procesa „@ivotna sredina za Evropu“ usmere ka poboq{ awu monitoringa tako da se mogu dobijati integrisani podaci o `ivotnoj sredini, odnosno da monitoring postane korisno oru|e u kreiranju politika za{ tite `ivotne sredine. Predstavqeni su neki primeri modernizacije mre`a monitoringa na nacionalnom nivou, sa zna~ajno pove}anim brojem mernih stanica i para-

metara za monitoring. Te`i se pro{ irewu baza podataka o `ivotnoj sredini uz neophodnu potrebu da se koriste me|unarodno prihva}eni pokazateqi u nacionalnim izve{ tajima o stawu `ivotne sredine, te integrisanoj proceni stawa. Predstavqeni su i pozitivni primeri me|udr`avnog partnerstva u monitoringu `ivotne sredine.

Sprovo|ewe multilateralnih sporazuma o `ivotnoj sredini i nalaza iz UNECE, Pregleda stawa `ivotne sredine (EPR) - Ova sednica bila je posve}ena razmatrawu implementacije multilateralnih me|unarodnih sporazuma, dokumenata i mehanizama u oblasti za{ tite `ivotne sredine, kao i analiza problema koji se javqaju prilikom wihove primene i ostvarivawa. Pet konvencija UNECE zna~ajno su doprinele poboq{ awu programskih politika `ivotne sredine u regionu, te su poslu`ile kao osnova za brojne nacionalne aktivnosti ~iji je ci q uspe{ nije upravqawe `ivotnom sredinom, integracija politika za{ tite `ivotne sredine u druge sektore i promovisawe odr`ivog razvoja. Me|utim, multilateralni sporazumi o za{ titi `ivotne sredine (MEA) u regionu nisu dosledno sprovedeni i utvr|ena je potreba za daqom aktivno{ }u. Istaknuta je va`nost da se ubrza proces ratifikacije UNECE konvencija i wihovih protokola. Kqu~na potreba je usavr{ avawe sistema informisawa u ci qu efikasnijeg sprovedewa multilateralnih sporazuma. Sve konvencije UNECE imaju ustanovqene sisteme za redovno prikupqawe i kori{ }ewe informacija za vr{ ewe pregleda procesa implementacije i usagla{ avawa, kao i sistem op{ teg informisawa, a imaju}i u vidu da je svaka od pomenutih konvencija imala specifi~ne zahteve i ci qeve, u~esnici su zatra`ili da se oja~a wihovo uzajamno delovawe.

III. Zajedni~ka sesija o obrazowu za odr`ivi razvoj

Odr`ana je zajedni~ka sednica mi ni stara za{ tite `ivotne sredine i ministara pro-

svete zemaqa koje su usvojile UNECE Strategiju obrazovawa za odr`ivi razvoj u Viq-nusu (maj 2005), kao i drugih zainteresovanih zemaqa ~lanica. Ministri za obrazovawe i za za{titu `ivotne sredine UNECE regiona sastali su se po prvi put u istoriji procesa „@ivotna sredina za Evropu“ i zajedni~kom izjavom potvrdili spremnost da sprovedu Strategiju obrazovawa za odr`ivi razvoj (ESD) u regionu. Razmotrili su dostignu}a, dosada{we iskustvo i izazove koji se odnose na proces primene UNECE Strategije za ESD, od Konferencije u Kijevu, a zatim usaglasili stavove u pogledu budu}ih koraka. Izrazili su zadovoljstvo {to su ispuwena obe}awa data u Kijevu i Vilwusu. Istaknuto je da pitawe klimatskih promena testira solidarnost ~itave planete kroz odnos prema svakodnevnom `ivotu. U-esnici su zakqu~ili da je ~vrsto partnerstvo izme|u nadle`nih organa i drugih strana od posebnog interesa za razli~ite sektore, a naro~ito za ministarstva za obrazovawe i za `ivotnu sredinu, kao i da je va`an preduslov za poboq{awe implementacije.

IV. Okrugli sto na temu biolo{ke raznovrsnost i

U okviru sednice posve}ene biodiverzitetu odr`ano je nekoliko diskusija na temu: „Upravqawe biodiverzitetom za dobrobit ~ove~anstva u 21. veku“, ukqu~uju}i i obaveze preuzete u Kijevu koje se odnose na za{titena prirodna dobra i wihovu mre`u.

U-esnici su odali priznawe vladama, nevladinim organizacijama (NVO) i drugim partnerima na dostignu}ima od 2003. godine u pogledu implementacije Kijevske rezolucije o biodiverzitetu, ali su tako|e istakli da }e, bez poja~anih napora, biti te{ko postiti}i cilj za 2010. godinu (zaustavqawe gubitka biodiverziteta do 2010. godine), kao i da je ostalo mnogo da se uradi u oblasti poqoprivrede i {umarstva. Priznat je napredak u pogledu neprekidnog rada u regionu

na razvoju Panevropske ekolo{ke mre`e (PEEN), identifikaciji poqoprivrednog zemqita visoke prirodne vrednosti, predstavqeno je 26 indikatora biodiverziteta koji su rezultat projekta za smanjewe stopenastanka biodiverziteta u Evropi do 2010. i dr. U-esnici su izrazili neophodnost da se izna|u novi i kreativniji na~ini da se za{titi biodiverzitet, kao {to su razli~ite podsticajne mere, novi oblici finansirawa i pla}awa ekosistemskih usluga i dr. Tako|e, potrebna je promocija saradwe na panevropskom nivou kako bi se ti mehanizmi unapredili. Mnogi govornici su naglasili da vlade ne mogu same re{iti probleme o-uvawa biodiverziteta ako u ovom procesu ne u-estvuju svi slojevi dru{tva. Podizawu javne svesti i razvoju li~nih stavova o o-uvawu prirode treba dati prioritet pri re{awawu ovih problema. U-esnici okruglog stola su ovom prilikom usvojili Beogradsku izjavu o biodiverzitetu.

V. Izgradwa kapaciteta

Perspektive i napredak u primeni Strategije za za{titu `ivotne sredine u zemqama Isto~ne Evrope, Kavkaza i Centralne Azije i Icijative Centralne Azije za odr`ivi razvoj

Delegati su pozdravili izve{taj pod nazivom „Politike poboq{awa `ivotne sredine: napredak u Isto~noj Evropi, Kavkazu i Centralnoj Aziji“, koji je izradila organizacija za ekonomsku saradwu i razvoj (OECD) u saradwi sa zemqama u tom regionu, nevladinim organizacijama i brojnim me|unarodnim organizacijama i institucijama. Ovaj izve{taj upotpunio je „Beogradski izve{taj“, posebno merama za realizaciju politika koje su od 2003. godine preduzele zemqe Isto~ne Evrope, Kavkaza i Centralne Azije.

U toku diskusije istaknuta su tri pitawa kojima je s pravom dat prioritet. To su: (1) pitawe vodosnabdevawa, sanitarnih uslova i naro~ito postizawa Milenijumskih razvojnih ciljeva vezanih za vodne resurse;

(2) pitawe ja~awa kapaciteta institucija za{ tite `ivotne sredine i (3) promovisawe energetske efikasnosti. Oblasti u kojima nije postignut gotovo nikakav napredak su: upravqawe otpadom, spre~avawe gubitka bi-odiverziteta (naro~ito izvan za{ ti}enih podru~ja) i transport.

Primena Centralnoazijske inicijative za odr`ivi razvoj

Ministri i ~lanovi delegacija iz centralnoazijskih zemalja predstavili su napredak u implementaciji i mogu}i ishod Centralnoazijske inicijative za odr`ivi razvoj (CAI). Predstavnici dr`ava Centralne Azije izjavili su da uprkos tome {to nisu deo procesa uskla|ivaqa svojih politika sa politikom EU i susednih zemalja vezanih za pro{ irewe, wihov region je odigrao va`nu ulogu u odr`ivosti `ivotne sredine kako na kontinentalnom nivou u Evroaziji, tako i na globalnom nivou.

Perspektive Jugoisto~ne Evrope – Sednica posve}ena perspektivama jugoisto~ne Evrope, sa posebnim naglaskom na beogradsku inicijativu – ja~awe regionalne saradwe u oblasti klimatskih promena i predlog za osnovawe Regionalnog centra za pra}ewe klimatskih promena. Delegacije koje su u~estvovala u ovoj diskusiji podr`ale su beogradsku inicijativu za poboq{ awe saradwe u pogledu klimatskih promena u okviru podregiona Jugoisto~ne Evrope. Ove dr`ave su se saglasile sa osnivanjem centra za pra}ewe klimatskih promena u Beogradu ~iji je cilj ostvarivawe akcionog plana za izgradwu kapaciteta u Jugoisto~noj Evropi. Istaknuta je potreba za ja~awem regionalne saradwe i me|unarodnog partnerstva radi pove}awa sposobnosti ovih zemalja da se suo~e sa problemima prilago|avawa klimatskim promenama i wihovom ubla`avawu.

Delegacije koje su u~estvovala u diskusiji istakle su da je va`no da se pitawa za{ tite `ivotne sredine boqe integri{u u sektorske politike u cilju pronala`ewa na-

~ina za postizawe odr`ivog razvoja i odr`ive upotrebe prirodnih bogatstava, imaju}i u vidu ekonomski razvoj podregiona. Proces ostvarewa ciljeva i prioritarnih zadataka zahteva}e posve}enost i anga`ovanost svih u~esnika, odnosno vlada, me|unarodnih i regionalnih organizacija, finansijskih institucija, drugih donatora, civilnog dru{tva i privatnog sektora i obuhvata}e razli~ita pitawa koja se odnose na specifi~ne potrebe dr`ava i podregiona u postizawu odr`ivog razvoja i za{ tite prirodnih bogatstava.

Sve dr`ave u SEE istakle su potrebu za ja~awem podregionalne saradwe koja mo`e ubrzati integraciju u EU i postizawe ciljeva za odr`ivi razvoj i mo`e biti koristan mehanizam za realizaciju reforme institucija, zakonodavstva i ekonomije.

VI. Izgradwa partnerstva

Politika za{ tite `ivotne sredine i me|unarodna konkurentnost: mo`emo li da obezbedimo boqwu `ivotnu sredinu?

U~esnici su se saglasili da ciljevi vezani za o~uvawe `ivotne sredine i ja~awe me|unarodne konkurentnosti nisu u suprotnosti. Potrebno je da postoji ravnote`a izme|u ekonomskog razvoja i za{ tite `ivotne sredine, odnosno o~uvawe `ivotne sredine treba da pru`i osnovu ekonomskom razvoju u budunosti.

Stro`ija politika za{ tite `ivotne sredine ne bi trebalo da se primewuje tek nakon postizawa visokog stepena ekonomskog napretka. Imaju}i u vidu vezu izme|u ekonomije i `ivotne sredine va`no je obezbediti efikasnu integraciju za{ tite `ivotne sredine sa strategijama za sektorski i nacionalni ekonomski razvoj. Potrebno je da dr`ave formiraju institucionalnu osnovu za kontinuirani dijalog izme|u svih interesnih strana, ukqu~uju}i i javnost, da bi se na ujedna~eni i integrisan na~in razmotrila pitawa koja se odnose na ekonomiju, dru{tvo i `ivotnu sredinu.

Finansirawe za{ tite `ivotne sredine i partnerstva za podr{ku implementaciji ekolo{kih politika i programa – U-esnici diskusije o finansirawu za{ tite `ivotne sredine predstavili su veliki broj razli-iti{h izvora finansirawa, kao i potrebu za novim. Shodno tome, naglasili su va`nost finansirawa istra`iva-kih poduhvata i razvoja, sticawa optimalnih uslova za anga`ovawe privatnog sektora, zna~aj anga`ovawa privatnog sektora, efikasnog spro|ewa zakonskih mera i davawa detaqne procene uticaja investicija na ekolo{ku infrastrukturu.

I zlo`ena su brojna iskustva u pogledu upravljanja fondovima za za{titu `ivotne sredine i wihovoj ulozi u dobijawu maksimuma iz EU kohezi onih fondova. Trgovina koli~inama emisija gasovima koji se ispu{taju u atmosferu propisanih Kjoto protokolom, data je kao primer novog uspe{nog mehanizma za{ tite `ivotne sredine, kao i iskustvo u vezi sa decentralizacijom i anga`ovawem privatnog sektora u finansirawu za{ tite `ivotne sredine ili ekonomski mehanizmi kao {to je primena principa „zaga|iva~plaja“. Generalno, predstavqeno je mnogo na~ina finansirawa i razli-iti{h mogu}nosti uz nagla{enu potrebu za inovativnim finansijskim mehanizmima za re{awawe aktuelnih i budu}ih ekolo{kih problema u regionu.

VII. Put napred

U-esnici su potvrdili da je proces „@ivotna sredina za Evropu“ va`an okvir za bilateralnu i multilateralnu saradwu u UNECE regionu i platforma za opse`nu horizontalnu ekolo{ku saradwu koja obuhvata vi{e zainteresovani{h strana. Obavezali su se da }e nastaviti usredsre|en proces zasnovan na potrebama i na aktivnostima koje su zasnovane na rezultatima i usmerene na delowawe. Ministri i ~lanovi delegacija jednoglasno su se opredelili za reformu kako bi proces „@ivotna sredina za

Evropu“ dao {to uspe{nije rezultate. Budu}e ciqeve i prioritete ovog procesa treba jasnije definisati i obezbediti aktivno u-e{ }e ministara za `ivotnu sredinu u EfE procesu.

Ministri i delegacije jednoglasno su usvojili Ministarsku deklaraciju. Konferencija je zavr{ena obra}awem predsedavaju}eg, ministra dr Sa{e Dragina sa zakqu~ewem diskusija i konferencije.

U-esnici su izrazili veliku zahvalnost Kazahstanu na ponudi da bude doma}in na slede}oj Ministarskoj konferenciji koja }e se odr`ati 2011. godine u glavnom gradu - Astani.

* * *

Tokom Konferencije odr`ano je ukupno 60 prate}ih doga|aja koje su organizovale dr`ave u-esnice, me|unarodne i nevladine organizacije iz regiona UNECE.

^lanovi delegacije Republike Srbije, kao i drugi predstavnici relevantnih institucija i organizacija iz Srbije aktivno su u-estvovali na ve}ini prate}ih doga|aja. Najzna-ajniji prate}i doga|aji, sa stanovi{ta promocije prioriteta Republike Srbije su: Inicijativa za region Jugoisto~ne Evrope u vezi sa klimatskim promenama, Prezentacija Strategije odr`ivog razvoja Republike Srbije, Pregledi stawa `ivotne sredine: prezentacija Pregleda stawa `ivotne sredine za Republiku Crnu Goru i Republiku Srbiju.

Branislav Bo`ovi}, sekretar Sekretarijata za za{titu `ivotne sredine Grada Beograda bio je ~lan zvani~ne delegacije Republike Srbije na [estoj ministarskoj konferenciji „@ivotna sredina za Evropu“.

* * *

Sa aspekta Sekretarijata za za{titu `ivotne sredine grada Beograda va`no je ista}i da je u Beogradu po~etak konferencije najavqen javnom promocijom projekta: „Zdrava sredina za zdravqena{e dece“, ko-

ji je realizovan u saradwi sa Sekretarijatom za zdravstvo i Gradskim zavodom za javno zdravqe. Tako|e, jedan od prate}ih doga|aja za vreme konferencije je izlo`ba radova pejza`nih arhitekata u organizaciji [umarskog fakulteta i Evropske konferencije { kola pejza`ne arhitekture (Euro-

pean Council of Landscape Architecture Schools - ECLAS), pod nazivom „Landscape is The Environment as perceived by people“ - It is hoped that ECLAS will be able to take part in a side event relating to the European Landscape Convention.

Marketing orijentacija u zdravstvu*

Celodnevni seminar pod nazivom „Current Trends in Healthcare Marketing“ profesorica Patricia R. Lubou održala je u Beogradu 10. juna. Ona je predstavila različite marketinške orijentacije u današnje vreme kompetitivnom okruženju zdravstvene nege i pomogla učesnicima da nauče i primene tehnike za poboljšanje sopstvene organizacije.

Predavači su organizovali izdavačko preduzeće MATE iz Beograda i Zagrebačka škola ekonomije i menadžmenta i time nastavili tradiciju dovođenja vrhunskih svetskih stručnjaka iz oblasti poslovne edukacije.

Patricia R. Lubou je doktorirala u oblasti zdravstvene politike i menadžmenta zdravstvene nege na Iona College, SAD, i dobitnik je prestižne nagrade „American College of Healthcare Executives Research Award“ za svoj rad iz marketinške organizacije u oblasti zdravstvene nege.

- Kako je došlo do razvoja marketinške orijentacije u zdravstvu, imajući u vidu da je u pitanju specifična industrija?

Zdravstvene ustanove u SAD su u početku refundirale novac na osnovu troškova, što znači da su osiguravajuci društva i država plaćali njihove troškove, tako da nisu imale podstrek da budu konkurentne. Jednostavno, ako bi potrošile jedan dolar, dobile bi jedan dolar. Zatim je promena u refundaciji u zdravstvu, pa je uspostavljen metod troška po služenju. Tako da su za svaki dodatni slučaj bolnice dobijale dodatni novac. I ako su mogle da snize svoje troškove, zaradile bi. Ako bi, recimo, boravak pacijenata bio suviše dug, bolnica bi izgubila novac. Tako su bolnice postajale konkurentne. Kako se proširila u boravka smatrala, određene bolnice su

radile sa veoma niskim profitom ako se nisu pridržavale standarda ili unapredive uslugu. Pošto u SAD nije bilo potrebe za svim bolnicama koje su postojale, one koje su ostale da opstanu morale su da uvoje marketinšku orijentaciju da zadovolje svoje pacijente.

- Koliko vremena je trebalo da zdravstvene ustanove pređu sa prethodnog modela poslovanja na marketinški orijentisan model?

Krajem sedamdesetih godina prošlog veka zdravstvene organizacije u SAD su počele da uvode marketing, a danas svaka organizacija ima marketinški pristup. Dakle, današnja situacija je rezultat tridesetak godina razvoja tog modela.

Glavna specifičnost marketing orijentacije u zdravstvenom sektoru jeste neophodnost postojanja specifične etike i stvaranje potrebe pacijenata na prvo mesto.

- Da li u SAD postoji etički komitet ili neko drugo telo koje vodi o tome razmišljanje?

Nama zaista nije potrebna kontrola, jer je to način na koji se radi u SAD. Quid proput mene, što kolovani za menadžera bolnice, naučeni su da donose etičke odluke. Korupcija u američkom zdravstvenom sistemu, na primer, ne postoji, zahvaćujući samom sistemu, ali i snažnom uticaju medija, koji su vrlo zainteresovani za takve slučajeve.

- U predavanju ste pomenili socijalni marketing. Recite nam nešto o tome.

Socijalni marketing se tiče promocije ideja od općteg dobra. Dobar primer za to je promovisanje vezivanja pojaseva u kolima ili korišćenje kaciga kod biciklista. U takvim

* Preneto iz „White“, jun 2008.

aktivnostima koriste se marketin{ ki principi da se promovije ideja i to na isti na~in kao i u drugim slu~ajevima: rade se istra`ivawa da se saznaju mi{qewa i stavovi qudi, { ta su oni u stawu da razumeju, koji im se oglasi dopadaju, { ta ih motivi{e. Jedina razlika je u tome da ne postoji vidqiva, direktna marketin{ ka dobit ili profit.

- *Kako se koristi oglaf avawe u zdravst venom sekt oru? Koje su specifi~nost i u pore|ewu sa drugim sekt orima?*

Da}u Vam primer - na Menhetnu je postojala bolnica koja je uradila marketin{ ko istra`ivawe i otkrila da je u svesti korisnika bila na sedmom mestu, odnosno da je bilo {est bolnica koje su korisnici smatrali boqim. Sproveli su zatim oglasnu kampawu i potro{ili milion dolara i za vrlo kratko vreme u svesti korisnika sa Menhetna sa sedmog mesta do{li su na prvo. U stvari, imali su toliko posla da su morali da prekinu kampawu pre vremena, toliko je ona bila uspe{na.

Marketing odre|uje potrebe i `eqe korisnika - pacijenata ili lekara, i kreira proizvod ili usluge da zadovolji te potrebe i `eqe. Dobar primer jedne `enske klinike za primarnu za{titu koja je formirala predlog dodatnih usluga za pacijentkiwe, poput besplatnog interneta, TV-a, ~asopisa i aparata za kafu u ~ekaonici i sli~no. Me|utim, kada su u istra`ivawu pitali `ene {ta misle o tome, saznali su da je wima najva`nija stvar vreme. One nisu `elele da ~ekaju na pregled, ve} da budu pregledane odmah. Nisu ih interesovale druge stvari dok ~ekaju, ve} su samo `elele da zavr{e sve {to pre i da se vrate svojoj dnevnoj rutini. To je zanimqiv primer marketinga - za ovaj poseban ciqni segment, koga su ~inile zaposlene `ene izme|u 40 i 65 godina, najve}a korist je vreme.

- *Da li je oglaf avawe bolnica u SAD uobi~ajeno?*

Apsolutno. Posmatrali smo uzorak od 15 najboljih bolnica u SAD i u toku godinu da-

na pratili smo pet lokalnih novina. Za tih godinu dana bilo je ~ak 127 {tampanih oglasa, ne ra~unaju}i, dakle, oglaf avawe na TV-u i tekstove.

Me|utim, ako vam posao ne ide dobro, ne pomi{qajte na oglaf avawe. Pogledajte prvo svoj proizvod ili uslugu i uverite se da su kvalitetni. Tek onda mo`ete da se oglaf avate. U oko 80 odsto slu~ajeva u ameri~kom zdravstvu bolnice ne rade dobro, ali se i pak oglaf avaju. Ako ne zara|ujete novac, to je zato {to postoji problem sa va{im proizvodom ili uslugom, a ne zato {to se ne reklamirate. Da}u Vam primer - bolnica je bila u finansijskim problemima. Naj~e}a operacija koju su u voj sprovodili bila je kompletna zamena kuka. Kada sam pogledala wihove podatke, saznala sam da je du`ina boravka u bolnici devet dana, dok je prose~no le`awe bolesnika u ostatku Wujorka tada bilo {est dana. Zatim sam otkrila da je direktor bolnice zbog finansijskih problema zabranio prekovremeni rad. Tako da bi pacijenta operisali prvog dana, drugog dana medicinska sestra bi ga u kolicima odvela do fizioterapeuta, tre}eg dana bi ga otpratili do kupatila, ~etvrtog dana bi do{ao vikend. Po{to je direktor rekao da nema prekovremenog, ne bi radili s pacijentom preko vikenda i pacijent bi ostajao u krevetu dva dana. Fizioterapeut bi se vratio na posao u ponedeljak i po~eli bi sve iz po~etka. Da su platili terapeuta preko vikenda, ~ak i po ceni prekovremenog rada, da radi sa pacijentom, wegov ostanak u bolnici bi bio kra}i i time bi zaradili novac umesto da ga izgube.

- *Kako Vam izgleda sit uacija u Srbiji?*

Impresionirana sam qudim sa kojima sam razgovarala u ~etiri oka, iznena}ena sam time kako se u Srbiji dobro radi u pojedinim aspektima marketinga u zdravstvu. Naravno, ima tu jo{ dosta da se radi. Nisam znala ni{ta o situaciji ovde kad sam dolazila, znam samo ono {to su mi pojedinci ispri~ali, tako da ne mogu da generalizujem.

Koliko vidim, imate problem sa dugim ostajawem u bolnici. Moja preporuka je da se ulo`i u informacione tehnologije, da se dobiju dobri podaci. Ne samo epidemiolo{ki podaci, ve} podaci o lekarima, bolnicama, uspesima... Bolnice koje najbolje rade u SAD su one koje mnogo ula`u u informacione tehnologije, tako da sve bude povezano - karton, ra-un, ordinacija, laboratorija, UZ... Za to je potrebna sna`na infrastruktura, ali kad bih imala novac da ulo`im u sistem koji ne poznajem, ulo`ila bih u to, kao i u dobru medicinsku opremu.

Da ja danas pravim bolnicu, ne bih poku{ala da uradim sve odjednom, nego bih se skoncentrisala na nekoliko stvari koje bih napravila zaista dobrim. Boqe je napraviti takvu kombinaciju usluga u kojoj su neke stvari zaista vrhunske, nego probati uraditi sve odjednom i zavr{iti sa prose-nim uspehom.

- *Mo`et e li povu}i paralelu izme|u Srbije i SAD?*

Ne mogu zaista detaqno, po{to ne poznajem dovoljno sistem i situaciju ovde. Me|utim, mo`da mogu da odgovorim kroz jedan primer iz prakse. U SAD, kada u|ete u apoteku i poka`ete recept za, recimo, Lipitor, farmaceut }e Vam re}i da ne smete da pijete sok od grejpf ruta dok koristite taj lek i bi }e voqan da odgovori na va{a pitawa o leku. Ovde, me|utim, farmaceut }e biti vrlo efikasan, da }e vam lek ali vam ne }e re}i ni{ta i ne }e vas pitati da li imate neke nedoumice, ni{ta. A to je zaista zna-ajna razlika - ako imam izbor izme|u ovakve dve apoteke, pogodite u koju }u oti }i slede }i put!

U va{oj zemqi, kao i u ve}ini zemaa, nije dozvoqeno direktno oqla{avawe leko-

va potro{a-ima, za razliku od SAD i Novog Zelanda. Po meni, problem je u tome {to direktno reklamirawe stimuli{e nepotrebnu potra`wu. Prose-an Amerikanac vidi devet takvih reklama na dan. Pogleda i pomisli - pa i ja imam taj problem, onda ode kod lekara i ka`e mu - video sam reklamu, dajte mi to i to. I onda lekar, koji `eli da bude na usluzi pacijentu da bi mu se ovaj opet vratio, prepri{e taj lek i ako mo`da ne postoji realna potreba za wim, ili mo`da postoji jeftinija zamena. [irom sveta postoji pritisak od strane farmaceutskih kompanija da se promene takvi zakoni jer, naravno, ko ne bi voleo da mo`e da se oqla{ava direktno potro{a-u?

- *Kako se onda t akvi zakoni usagla{avaju sa pravom pacijenta da bude informisan?*

Po mom mi{qewu, kada se radi o zdravstvu, a mi ovde ne govorimo o hamburgerima ve} o ne-ijem zdravqu, potrebno je odre|eno znawe da bi se protuma-ile informacije koje se dobijaju o lekovima. Li-no verujem u slobodu informacija, ali ovde se radi o lekovima. Ja, recimo, imam medicinsko obrazovawe i mogu da protuma-im dobijene informacije dosta dobro, mogu da izbalansiram rizik i dobit kad vidim oqlas, ali prose-an potro{a- to nije u stawu.

U proseku, u SAD se tro{ i devet dolara po glavi stanovnika na direktno oqla{avawe lekova potro{a-ima. Pitawe je da li treba da tro{imo taj novac na poveawe broja lekova koje qudi uzimaju, ili da ih potro{imo na drugi na-in - da pomognemo re{avawe nekog dru{tvenog problema, kao {to je pu{ewe u Srbiji ili gojaznost u SAD.

Trinaesti kongres Evropskog udruženja bolničkih farmaceuta (27-29. februar 2008., Maastricht)*

Trinaesti kongres Evropskog udruženja bolničkih farmaceuta održan je u Maastrichtu od 27. do 29. februara ove godine, sa temom „Bolnički farmaceut: dodatna vrednost za zdravce“. Mr ph. spec. Dragana Rajinac ispričala nam je svoje utiske sa Kongresa.

- Kongres je bio odlično organizovan u velikom kongresnom centru. Stručni deo Kongresa odvijao se kroz plenarna predavanja, zajednička za sve učesnike, i više malih sekcija, koje su bile odlično poseljene. Sekcije su obuhvatile ulogu bolničkog farmaceuta u propisivanju lekova, obezbeđivanju dostupnosti lekova, rukovanju genskom terapijom, farmakovigilansi, pripremi i distribuciji farmaceutika, bezbednosti pacijenata, psihijatriji, pedijatriji, uvođenju novih informacionih sistema i drugo.

Veliki deo Kongresa bio je posvećen ulozi bolničkog farmaceuta kao glavna kliničkog tima koji omogućava sigurniju i efikasniju primenu lekova, uz značajne učtede. Danci su izneli slučaj kliničkog tima Intenzivne nege Univerzitetske bolnice u Kopenhagenu, u kome je farmaceut glavni poslednjih deset godina, i pokazali da je farmaceut doprineo boćem lečenju pacijenata, što je dovelo do promene asortimana lekova koji se koriste, optimizacije protokola lečenja, smanjenja dućine lečenja pacijenata i, konačno, do značajne učtede.

Predavaoci iz Velike Britanije prikazali su svoj model kliničke farmacije u kome su farmaceuti propisivaoci terapije. Kod njih postoje dva tipa propisivaoca, nezavisni i dopunski. Dopunski propisivaoci su uvedeni 2003. godine, a prvi nezavisni popi-

sivaoci je registrovan 2007. godine. Nezavisni propisivaoci procewuje pacijenta, postavqa dijagnozu i propisuje lekove, a dopunski radi sa već dijagnostikovanim pacijentom, odgovoran je za nastavak brige o pacijentu i sprovođenje plana lečenja.

Goća iz SAD je prikazala razvoj kliničke farmacije u SAD, koji je počeo 60-tih godina 20. veka i to u bolnicama. Sedamdesetih se uvodi edukacija u 60-tih i 90-tih dolazi do značajnog rasta i uvođenja farmaceutske zaštite, a 90-tih i 2000-tih dolazi do ekspanzije u ambulantni i javni sektor. Iz Amerike se klinička farmacija širila u Kanadu, Australiju, potom u Veliku Britaniju i ostatak Evrope i Aziju, a trenutno je u toku razvoj kliničke farmacije u Africi. Prikazana su iskustva iz Univerzitetske bolnice u Ohaju, kao i oblasti u kojima je farmaceut dao svoj doprinos, a to su različite bolesti (astma, dijabetes, bol...), generalni pristup (kontrola upotrebe lekova, interakcije, duplirane terapije, alergije, komplikacija, razgovor sa lekarima o lekovima), farmakokinetički monitoring, edukacija pacijenata i ciljni program (prebacivanje sa parenteralne na oralnu terapiju). Naravno, svaka od delatnosti farmaceuta izraćena je i kroz učtedu materijalnih sredstava.

Trenutno vlada veliko interesovanje u razvijenim zemljama za izradu i uvođenje velikih baza podataka o lekovima u postojećim informacionim sistemima, kao i za njihovu terapijsku primenu. Sistem funkcionalni i tako da lekar, odnosno farmaceut, ubaci u kompjuterski sistem podatke o pacijentu i lek koji bi se lećeo da primeni i potom do-

* Preneto iz „White“, jun 2008.

bije opcije o primeni leka, interakcijama, potrebi praćenja određenih parametara, upozorenja i drugo.

U umetničkom delu programa gosti iz Srbije bili su prijatno iznenađeni kada je

holandski orkestar izveo „Marš na Drinu“, kompoziciju sa kojom planira da izađe na predstojeće Evropsko muzičko takmičenje.

[esnaesti kongres medicinske biohemije*

U beogradskom Hotelu M od 17. do 21. juna ove godine održan je 16. kongres medicinske biohemije i laboratorijske medicine sa međunarodnim učesnikom u organizaciji Društva medicinskih biohemijara Srbije i Instituta za medicinsku biohemiju Kliničkog centra Srbije, a pod pokroviteljstvom Međunarodne i Evropske federacije za kliničku hemiju i laboratorijsku medicinu.

Plenarne sekcije Kongresa, na kojima je učestvovalo četiri stotine stručnjaka iz Srbije i stotinu iz [vajcarske, Nemačke, Engleske, Crne Gore, Makedonije, Bugarske i Republike Srpske, bile su posvećene najnovijim saznavima iz oblasti biohemijskih markera različitih oboljavanja i stawa. Razmatrana su i pitanja oksidativnog stresa na pojavu oboljavanja, kao i uloga funkcionalne hrane u unapređenju zdravlja. Takođe je bilo rečeno o načinima izbegavanja grešaka u laboratorijskoj medicini, kao i o potrebi akreditacije medicinskih laboratorija radi poboljšanja celokupnog kvaliteta rada.

U okviru Kongresa, 19. i 20. juna održan je i četvrti EFCC Simpozijum za region Balkana pod nazivom „Uticaj preanalitičke faze na kvalitet laboratorijskih rezul-

tata“. Na temu su izložena najnovija saznanja o primeni i značaju uticaja reanalitičkih faktora na kvalitet laboratorijskih rezultata radi sprečavanja preanalitičkih grešaka koje mogu da štete pacijentima u celom laboratorijskom procesu. U Simpozijumu su učestvovali eminentni stručnjaci iz Evrope (Italije, Nemačke, Belgije) i SAD, a o iskustvima u primeni tehnologije preanalitičke faze u regionu Balkana govorili su stručnjaci i iz Srbije, Rumunije, Bugarske i Grčke.

Izabrane teme multidisciplinarno pokrivaju oblast laboratorijske medicine i medicini srodnih nauka. Multidisciplinarni karakter ovog kongresa naglašava i činjenica da sa svojim radovima učestvuju brojni stručnjaci različitih profila. Stoga, kao i prethodnih godina, Kongres omogućava da se iznesu najnoviji naučni i stručni rezultati i da se razmene iskustva, što doprinosi unapređenju savremene laboratorijske prakse, istakla je prof. dr Nada Majkić-Singh, predsednik Društva medicinskih biohemijara Srbije i Naučnog odbora Kongresa.

* Preneto iz „White“, jun 2008.

**„I nst i t ut za ortopedsko-hi rur{ ke
bolest i Bawica: pedeset ot ogdi{ wi jubilej“
Aut or: Prof. dr Branko Radulovi }**

Ova kwiga je napisana sa namerom da obele`i pedesetogodi{ wicu I nstituta „Bawica“. Proteklo je, naime, 50 godina otkako je odlu~eno da po~ne veliki projekat stvarawa tada veoma potrebne specijalne bolnice. Upravo u tom kriznom periodu u Srbiji bilo je mnogo bolesnika sa trajnim posledicama tek minule epidemije poliomijelita i mnogih sa trajnim posledicama ko{ tano-zglobne tuberkuloze, bolesti koja tada jo{ nije bila savladana, a kamoli iskorewena. Bez takve ustanove mno{ tvo cudi sa lokomotornim invaliditetom ostalo bi trajno nesposobno za privre|ivawe, mnogi i za dru{ tveni `ivot, a dosta wih i za samostalno obavqawe svakodnevnih `ivotnih potreba. Otuda se nije radilo samo o borbi protiv bolesti i smrti kao takvima, ve} i o poboq{ awu kvaliteta daqeg `ivota tako velikom broju tada dece i omladine, a kasnije odraslih cudi. Taj projekat je nastao iz neophodne, hitne potrebe, a vremenom se razvio u zdravstvenu i nau~nu ortopedsko-hi rur{ ku, plasti~no-hi rur{ ku i rehabilitacionu ustanovu visokog ranga, kakvih je tada bilo malo kod nas, a i sad ih nema previ{ e.

Taj proces, ta istorija mo`e se delom pratiti ~itawem ove kwige. Ka`em „istorija“ i ka`em „delom“.

Ovaj tekst jeste istorija, i to u vi{ estrukom smislu. To je istorija na{ e zdravstvene slu`be i zdravstvene za{ tite. To je istorija na{ e medicinske nauke. To je i istorija tada{ weg doba u dru{ tvu i me|ucudskih odnosa, tada{ wih shvatawa, borbe protiv nerazumevawa nadle`nih i drugih ~inilaca u javnosti tog vremena, savla|ivawa oskudica raznih vrsta. Sve se to izmenilo, delimi~no ili potpuno, i zato spada u istoriju.

To je, najzad, i li~na istorija ~oveka kojem su ta ustanova i wen razvoj bili `ivotno delo. Dr Branko Radulovi{, tada u sredini ~etvrte decenije `ivota, prihvatio se velikog zadatka, tada naizgled pregolemog za tako mladog stru~waka, pogotovu kao nau~nika, i izdr`ao je do kraja. I preko toga. I danas, iako ve} du`e vreme u penziji, on prati daqi razvoj svoga dela. Zato se prihvatio i da napi{ e ovu kwigu. Ko }e boqe nego o~evdac i u~esnik? I Leopold Ranke, slavni nema~ki histori~ar XIX veka, morao je od Vuka Karaxi}a, ne histori~ara, ve} o~evica, da sazna { ta se to zbivalo u Prvom srpskom ustanku.

Sude}i po sadr`ini, mislim da je mogla i da je trebalo da se i ranije ova kwiga pojavi, i ako nije bilo pro{ lo pedeset godina. Za ocenu rada i zna~aja ove Bolnice, sada I nstituta, odavno je bilo podataka. O tome, pored mnogobrojnih pacijenata, nau~nih i stru~nih radova, nau~nih sastanaka, svedo~e i ocene vrhunskih stru~waka i nau~nika ortopedske i rehabilitacione struke iz celoga sveta. Ko su oni i { ta su mislili o Bawici i wenom radu navedeno je u ovoj kwizi. Wihovim mi{ qewima bi bio svaki moj komentar suvi{ an. I bilo ~iji.

Rekoh „delom“, jer je ova kwiga na jo{ jedan na-in istorija, a to nije eksplicitno izneseno. To je istorija izvanrednih lekara i velikih stru-waka. Ona indirektno govori i o dr Predragu Klisi}u, dr Cvetku Raki}u, dr Ivanu Kenigu, dr Ozrenu Uzelcu, dr Milanu Mitrovi}u, dr Sre}ku Pajanti}u, dr Miloradu Sim}anovi}u, dr Qubi{i Jankovi}u i o drugima samo iz najstarije generacije, a da mi se ne zameri ovde neopravdano neimenovanim, a i o mnogima mla|ima pristiglim kasnije. Oni su bili dobro poznati u nau-nom svetu i u inostranstvu. Bili su i dobri u-iteqi mla|ima. Zato je „Bawica“ bivala sve boqa sve do dana{ weg dana.

„Delom“, jer nema i nije moglo biti toliko podataka o mnogim drugim lekarima nehirur{kih specijalnosti, nelekariima, o po`rtvovanim i stru-nim sestrama, instrumentarkama, rendgen-tehni-arima, laborantima, tehni-arima u transfuziji krvi, gipsarima, arh. V. Simi}, majstorima, sprema-icama, kwigovama, higijeni-arki-domarki Evici, telefonistima itd.

Svi su radili i `iveli sa nekim elanom i sve {to je ra|eno, ra|eno je nadahnuto i sa velikom odgovorno{ }u, a izgledalo je kao da je rutina. U stvari, entuzijizam je bio rutina. Zbog wega i kvalitet. U tome je upravo predwa-io i bio primer svima ostalima dr Branko Radulovi}.

Nije ni izdaleka u ovoj kwizi sve re-eno {to bi moglo i trebalo da se zna u medicinskim krugovima i dru{tvu uop{te. Mnogo je tu bilo zna-ajnih stvari koje bi trebalo pamtiti kao primere za ugled budu}im generacijama ako ho}e da budu ono {to bi mogle biti. Me|u tim stvarima na prvom su mestu bili neprekidno izra`avano -ovekoqubqe i razumevawe patwi -oveka koji je izgubio najva`nju stvar u `ivotu - zdravqe.

To sve ne pi{e i ne mo`e se na}i u kwizi, ali je va`no da se pamti. Pacijenti pamte dok su `ivi, u to sam se uverio. Pri|e vam -ovek na ulici i odu{evqen {to vas vidi, ka`e: „Kako me se ne se}ate, pa vi ste me 1967. godine operisali?“

„Pokoqewa dela sude“, veli veliki Wego{. Pravo je da tako bude i sa „Bawicom“ i svi-ma nama koji smo tamo radili.

Dr Ivan \ori}

Komunikacija u biomedicinskim naukama

Aut ori: prof. dr Qubomir Todorovi} i dr Qi}ana Vu-kovi}-Deki}

U izdavu Medicinskog fakuteta Univerzitetu u Kragujevcu, nedavno je objavqen uxbenik „Komunikacija u biomedicinskim naukama“ autora prof. dr Qubomira Todorovi}a i dr Qi}ane Vu-kovi}-Deki}, nau-nog savetnika. Kwiga ima 351 ilustrovanu stranu, tekst je delimi-no na engleskom i mo`e se nabaviti na Medicinskom fakultetu u Kragujevcu.

Prof. dr Neboj{a Arsenijevi}, recenzent kwige, istakao je da je „Komunikacija u biomedicinskim naukama“ uxbenik koji se ne u-i ve} se usvaja, namewen si vma onima koji su u ovoj nauci: po-etnike da nau-i, ostale da podseti i opomene.

Prof. dr Sne`ana @ivan-evi}-Simonovi} je izrazila uverewe da uxbenik predstavqa vaqanog putovo|u za pripremu i izradu nau-nog istra`ivawa i kori{ }ewa dobijenih rezultata u ciqqu wihovog predstavqawa nau-noj javnosti, nau-nim skupovima i u nau-nim -asopisima.

I z: „Vojnosanit et ski pregled“, 3, 2008.

„Celijakija - od saznavaw do razumewaw“

Aut ori: I van R. Jovanovi }, Dragan S. Popovi }, Jelena A. Marinkovi }

I zdawa~: I nt erprint , Beograd, 2008.

Za svakog profesora predstavqa veliko zadovoljstvo trenutak kada shvati da su wegovi mlai saradnici postali zreli doktori koji ne samo da znaju posao koji rade, ve} su i spremni da napi{ u dobru kwigu. Govorim od kwizi-monografiji „**Celijakija - od saznavaw do razumewaw**“, koju su napisala dva izvanredna doktora Klinike za gastroenterologiju i hepatologiju Klinike centra Srbije i Medicinskog fakulteta u Beogradu, dr I van Jovanovi }, dr Dragan Popovi } i dr Jelena Marinkovi }, specijalista higijene i shrane, stalno zaposlena u „Schiller“, ogranak Beograd.

Dr I van Jovanovi }, asistent je na Katedri za internu medicinu, magistar i doktor medicinskih nauka, nau~ni saradnik Instituta za medicinska istra`ivawa u Beogradu. Kao lekar mlaje generacije gastroenterologa Klinike za gastroenterologiju i hepatologiju usavr{avao se u velikim evropskim i japanskim gastroenterolo{kim centrima, objavio veliki broj radova iz ove oblasti i stekao po{tovawe starijih kolega. Wegova posebna interesovawa se odnose na problem lo{e apsorpcije, ~iji je najizrazitiji predstavnik celijakija, zapaqenske bolesti creva i digestivnu endoskopiju. Dr I van Jovanovi }, kao i dr Dragan Popovi }, ukqu~eni su u brojne doma}e i me|unarodne nau~ne projekte na kojima godinama uspe{no rade.

Najmlai ~lan ove grupe autora je dr Jelena Marinkovi }, magistar medicinskih nauka, specijalista higijene i konsultant za ishranu, koja je napisala poglavqe o ishrani u kwizi o kojoj govorimo.

Dr Dragan Popovi } je specijalista internista, magistar i doktor medicinskih nauka iz oblasti gastroenterologije, docent na Katedri za internu medicinu od 2007. godine. Wegova posebna interesovawa se odnose na digestivnu endoskopiju, refluksnu bolest jedwaka i bolesti povezanih sa Helicobacter pylori infekcijom. Kao lekar relativno mlade generacije gastroenterologa Klinike za gastroenterologiju i hepatologiju usavr{avao se u velikim evropskim i ameri~im gastroenterolo{kim centrima i objavio veliki broj radova iz ove oblasti i stekao renome vrsnog struwaka.

„Kwiga bez glutena“ je sveobuhvatna studija o ovoj ne tako retkoj bolesti, na koju se nedovoljno misli. Smatra se da u Evropi jedna osoba na svakih 130 do 300 stanovnika ima celijakiju. Posebno je ~esta u Ma|arskoj, gde ~ak jedna na 85 osoba ima ovu bolest, u I rskoj jedna na 130 itd., dok u SAD od celijakije boluje jedan od 128 stanovnika. Za na{ u zemqu postoje podaci za Rasijski okrug, gde od ispoqene forme boluje svako hiqadi to dete, a od „skrivene“ forme bolesti jedno dete na 300.

Autori su u kwizi detaqno opisali istorijat saznavaw o ovoj bolesti, wenu epidemiologiju, nastanak, promene u tankom crevu, simptome i znake bolesti, asimptomatsku i simptomatsku formu, starosna doba u kojima se javqa, patogenezu, kako se postavqa dijagnoza, patohistolo{ke i imunolo{ke promene, bolesti povezane sa celijakijom, procenu nutritivnog statusa, komplikacije i le~ewe. Le~ewe celijakije je do`ivotno i sasvim specifi~no. Ona se zapravo le~i specifi~nom dijetom, te je od posebnog zna~aja poglavqe o dijeti bez glutena i recepti za pripremanje hrane bez glutena.

Po mom mi{qewu, ovo je prva sveobuhvatna kwiga o celijakiji napisana u na{oj zemqi i stoga ima posebnu vrednost za lekare gastroenterologe i lekare drugih specijalnosti, posebno lekare op{te medicine koji treba u praksi da sprovode dobar deo terapije. Ona je od ogromnog zna~aja i za obolele od celijakije, jer se mogu upoznati sa detaqima svoje bolesti u onim delovima koji su razumqivi za medicinske laike, posebno sa specifi~nom dijetom i receptima za pripremanje hrane, {to za bolesnike ~esto predstavqa ozbiqan problem.

Stoga svim zainteresovanim lekarima raznih specijalnosti, posebno gastroenerolozima, toplo preporu~ujem ovu odli~nu i veoma potrebnu kwigu.

*I z Predgovora publikacije
Prim. dr Nada Kova~evi }*

Prof. dr \or|e Kozarevi}

M. Tasi }¹

Prof. dr \or|e Kozarevi } ro|en je 19. maja 1930. godine u Kru{ evu, Makedonija. Medicinski fakultet Univerziteta u Beogradu zavr{ io je 1957. godine. Po zavr{ etku studija radio je kao lekar o{ { te medicine u Prvom domu zdravca u Beogradu i u Institutu za medicinu rada u Beogradu, a od 1960. godine u Saveznom zavodu za zdravstvenu za{ titu. Od 1974. godine bio je direktor Zavoda za hroni~na oboqewa i gerontologiju u Beogradu i od 1987. godine, sve do odlaska u peniju 1996. godine, { ef Odeqewa za nau~noi stra`iva~ki rad Univerzitetskog Klini~kog centra u Beogradu.

Dr Kozarevi } je zavr{ io specijalizaciju iz socijalne medicine na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu 1971, a 1978. godine je odbranio doktorsku disertaciju: „Epidemiolo{ ki ~inioci u nastanku koronarne bolesti i uloga hipertenzija u definisanoj populaciji“ na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu. Kao stipendista jugoslovenske vlade zavr{ io je poslediplomske studije i magisterijum na Harvardu, SAD, 1960-1961. godine, a tako|e i Internacionalni te~aj iz epidemiologije kardiovaskularnih bolesti u Dablinu, u organizaciji Internacionalnog udru`ewa za kardiologiju i Specijalni te~aj iz epidemiologije zaraznih bolesti u Centru za zarazne bolesti u Atlanti, SAD.

U okviru nastavnih aktivnosti prof. dr \or|e Kozarevi } je od 1970. godine bio predava~ na poslediplomskim studijama iz kardiologije na Medicinskom fakultetu Univerziteta u Beogradu u oblasti preventivne kardiologije i epidemiologije kardiovaskularnih oboqewa i metodologije istra`ivawa. U Saveznom zavodu za zdravstvenu za{ titu je od 1974. godine bio predava~ iz oblasti so-

cijalne medicine, socijalne gerijatrije i preventivne kardiologije na poslediplomskoj nastavi, a u Centru za multidisciplinarne studije Univerziteta u Beogradu od 1972. godine. Tako|e je, kao predava~, u~estvovao i na poslediplomskoj nastavi iz gerontologije i preventivne kardiologije na Gerontolo{ kom institutu u Qubqani od 1974. i na Medicinskom fakultetu u Zagrebu, Novom Sadu i Sarajevu od 1980. godine.

Bio je ~lan panela Komiteta eksperata Svetske zdravstvene organizacije u @enevi od 1969. godine. Kao izuzetno cewen stru~wak u oblasti primene savremenih epidemiolo{ kih metoda i istra`ivawa zdravstvenog stawa stanovni{ tva, prirode vode}ih hroni~nih oboqewa i faktora rizika od zna~aja za zdravce i funkcionalnu sposobnost, dr Kozarevi } je u~estvovao kao predava~ po pozivu na brojnim me|unarodnim skupovima (Pariz 1971, Oslo 1973, Dejton 1979, Beograd 1980, Princeton 1986, Masa~usets 1987, Dubrovnik od 1980. do 1991. pri I nteruniverzitetskom centru za poslediplomske studije). Izuzetno bogata profesionalna i nau~na delatnost dr Kozarevi }a ogledala se i u organizaciji i u~e{ }u na brojnim stru~nim i nau~nim sastancima i kongresima u zemqi i inostranstvu u oblasti preventivne medicine, epidemiologije, interne medicine, kardiologije, gerontologije, op{ te medicine, organizacije zdravstvene slu`be. Osta}e zabele`en i kao predsednik Organizacionog odbora Prvog gerontolo{ kog kongresa Jugoslavije.

Nau~na aktivnost se ogledala u u~e{ }u u brojnim epidemiolo{ kim studijama. Dr Kozarevi } je bio glavni istra`iva~ u studijama: „Prevalencija i incidencija koronarne bolesti i hipertenzija u novoi ndustrijali-

¹ Prim. mr sc. dr Marija Tasi }

zovanim populacijama Jugoslavije“; „Trendovi i faktori rizika u nastanku koronarne bolesti“ u okviru Jugoslovenske studije kardiovaskularnih oboqewa kojom rukovodi jo{ od 1964. godine; „Uticaj starosti i posledica rata na zdravstveno stawe, materijalni i dru{ tveni polo` aj boraca NOR-a i vojnih invalida u Jugoslaviji“; me|unarodnoj kooperativnoj studiji Svetske zdravstvene organizacije „Zdravstveno stawe i za{ tita starih“. U okviru kooperativne studije „Stari u 11 zemaqa Evrope“, dr Kozarevi} je koautor dela o zdravstvenom stawu i funkcionalnoj sposobnosti.

Su{ tina nau~nog doprinosa prof. dr \or|a Kozarevi}a jeste da je me|u prvim ista`iva~ima koji su preciznije utvrdili prevalenciju i incidenciju pojedinih oblika koronarne bolesti i determinisali faktore rizika, ali i kvantificirali stepen rizika. Ovo predstavqa zna~ajan doprinos individualnoj klini~koj evaluaciji, ali i nau~no zasnovanoj efikasnoj prevenciji vode}ih bolesti kardiovaskularnog sistema i drugih poreme}aja zdravqa u procesu starewa i starosti. Poseban doprinos odnosi se na uvo|ewe u praksu multidi menzi onalnog pristupa u masovnim istra`ivawima koji

omogu}ava preciznije utvr|ivawe mogu}ih faktora rizika na nastanak bolesti, kao i sagledavawe ~inilaca od zna~aja za o~uvawe zdravqa stanovni{ tva. Posebno je izradio originalni pristup za jednostavnije utvr|ivawe efekata pojedinih ~inilaca o evaluaciji u gerontologiji i primeweni su bilo kao celina ili u delovima u brojnim istra`ivawima na hiqadama ispitnika, a najzna~ajnije istra`ivawe u kome su kori{ }eni jeste istra`ivawe SZO „Stari u 11 zemaqa Evrope“.

Prof. dr \or|e Kozarevi} je ostati upam}en kroz ogroman doprinos u oblasti epidemiologije, socijalne medicine, preventivne kardiologije, primewenim populacionim istra`ivawima u naj{ irem smislu i kao doajen gerontologije koji je svoje bogato iskustvo i rezultate brojnih masovnih istra`ivawa na populaciji odraslih dao na kori{ }ewe zdravstvenim radnicima i stru~noj i nau~noj javnosti i time zna~ajno doprineo adekvatnoj evaluaciji i efikasnijem razre{ avawu problema zdravstvene za{ tite starih.

Prof. dr \or|e Kozarevi} je umro juna meseca 2008. godine.

Prof. dr Bo`idar ^olakovi} (1931-2008)

S. Sto`in},¹ S. Baqo{evi}²

Jedan od uglednih doajena kosovske i srpske medicine prof. dr Bo`idar ^olakovi} zauvek nas je napustio 4. jula 2008. godine.

Ro|en je 1931. godine u selu Poqance kod Srbice. Gimnaziju je zavr{io u Kosovskoj Mitrovici, a Medicinski fakultet u Beogradu, na kojem je diplomirao 1956. godine. Nakon diplomirawa, svoj profesionalni rad zapo~eo je na Internom odcqewu bolnice u Kosovskoj Mitrovici. Specijalizaciju iz interne medicine, a zatim socijalne medicine zavr{io je na Medicinskom fakultetu u Beogradu, a poslediplomske studije 1968. godine u Londonu.

Magistriao je 1968. godine, a doktorsku disertaciju odbranio je 1972. godine. Osim klini~kog rada u bolnici u Kosovskoj Mitrovici, svoje profesionalne aktivnosti usmerio je socijalno preventivnim metodama u zdravstvenim ustanovama. Napisao je i publikovao vi{e od 400 stru-nih i nau-nih radova iz oblasti kardiologije, preventive i socijalne medicine. Kao redovni profesor na Medicinskom fakultetu u Pri{tini napisao je vi{e uxbenika iz socijalne medicine, epidemiologije, higijene, nekoliko monografija od kojih su najzna~ajnije „Metodologija ranog otkrivawa masovnih hroni-nih bolesti“, „Metodologija masovne prevencije sr~anih bolesti“. Izveo je mno-

ge generacije studenata Medicinskog fakulteta, poslediplomaca, magistranata i bio je mentor u vi{e doktorskih disertacija, na koje je preneo svoje bogato klini-ko i nau-no iskustvo.

Osim profesionalnog medicinskog rada bio je poznat kao izuzetan i korektan dru{tveno-politi~ki radnik, rukovodilac mnogih ustanova gde je imao visok autoritet i vizije razvoja zdravstvene za{tite. Naro~ito se istakao kao direktor Pokrajinskog i Republi~kog zavoda za zdravstvenu za{titu, kao dekan Medicinskog fakulteta u Pri{tini, sekretar za zdravstvo i socijalnu za{titu Kosova i Metohije.

Od mnogih priznawa koje je dobio za svoj samopregoran rad izdvojili bismo Plaketu Srpskog lekarskog dru{tva, Sedmojulsku nagradu Srbije i nagradu AVNOJ-a. Bio je redovni ~lan Medicinske akademije Srpskog lekarskog dru{tva od 1977. godine.

Prof. dr Bo`idar ^olakovi} osta}e u se}awu svojim studentima, kolegama i saradnicima kao izvanredan stru-wak u medicini, rukovodilac sa autoritetom i vizionar obrazovne i preventivne medicinske nauke.

Neka je ve-na slava i hvala za sve {to je u~inio za medicinsku nauku i praksu velikom bardu preventivne medicine Kosova i Metohije i {ire.

***Prof. dr Bo`idaru ^olakovi}u
s qubavqu i po{t ovawem, wegove kolege:
akademik prof. dr Svetomir Sto`ini}
i prof. dr Stevan Baqo{evi}.***

¹ Akademik prof. dr Svetomir Sto`ini}

² Prof. dr Stevan Baqo{evi}.

Uputstvo autorima

U ~asopisu „Zdravstvena za{ tita“ objavljuju se originalni nau~ni radovi, prethodna saop{tewa, pregledi i stru~ni radovi, iz socijalne medicine, iz istorije medicine i zdravstvene slu`be, zdravstvenog osigurawa, ekonomike u zdravstvu, informatike i menaxmenta.

Uz rukopis ~lanka treba prilo`iti izjavu s potpisima svih autora da ~lanak nije objavljan. Svi prispeli radovi upu}uju se na recenziju. Radovi se ne honoriraju. Rukopisi se ne vra}aju. Rukopis rada u dva primerka i eventualno disketu sa oznakom programa (tekst procesora) slati na adresu: **Ure|iva~ki odbor ~asopisa „Zdravstvena za{ tita“, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, 11000 Beograd, Nu{ i}eva 25.**

Op{ta pravila

Rukopis ~lanka pisati duplim proredom sa marginama od 2,5 cm, na papiru formata A4 i to samo sa jedne strane. Grafitnom olovkom na margini teksta ozna~iti mesta za tabele, slike, {eme i grafikone. Literaturni podaci u tekstu ozna~avaju se arapskim brojevima u zagradama, redosledom kojim se pojavuju u tekstu. Po{to se ~asopis {tampa}irili{om, **crvenom olovkom podvu}i re-i koje treba {tampati latini{om}**

Na posebnoj stranici (u jednom primerku) navesti naslov ~lanka bez skra}enica, zatim puna imena i prezimena autora i wihove stru~ne titule i nazive ustanova i mesta u kojima rade. I mena autora povezati sa nazivima ustanova indeksiranim arapskim brojkama. Na dnu stranice otkucati ime i prezime autora sa kojim }e se obavqati ko-

respondencija, wegovu adresu, broj telefona i eventualno e-mail adresu.

Tekst ~lanka pisati kratko i jasno na srpskom jeziku. Skra}enice koristiti izuzetno i to samo za veoma duga~ne nazive hemijskih supstancija, ali i za nazive koji su poznati kao skra}enice (npr. AIDS, RI A itd.).

Obim rukopisa

Obima rukopisa (ne ra~unaju}i kratak sadr`aj i spisak literature) za pregledni rad mo`e iznositi najvi{e {esnaest strana, za originalan rad deset strana, za stru~ni rad osam strana, prethodno saop{tewe ~etiri strane, a za izve{taj, prikaz kwige i pismo dve strane.

Kratak sadr`aj

Uz originalni nau~ni rad, saop{tewe, pregledni i stru~ni rad treba prilo`iti na posebnoj stranici **kratak sadr`aj do 200 re~i na engleskom i srpskom jeziku**. U wemu se navode bitne ~iwenice, odnosno kratak prikaz problema, ciqevi i metod rada, glavni rezultati i osnovni zakqu~ci rada, i 3-4 kqu~ne re-i na srpskom i engleskom.

Uz sve vrste ~lanaka za koje je potreban kratak sadr`aj, otkucati na posebnoj stranici naslov rada, rezime i inicijale imena i prezimena autora, nazive ustanova.

Tabele

Svaka tabela se kuca na posebnoj stranici. Tabele se ozna~avaju arapskim brojkama po redosledu navo|ewa u tekstu. Naslov

tabele koji se kuca iznac tabele prikazuje wen sadr`aj. Kori{ }ewe skra}enice u tabe- li obavezno objasniti u legendi tabele.

Slike (fotografije)

Prilo`iti samo kvalitetno ura|ene fo- tografije i to u originalu. Na pole|ini svake slike napisati prezime prvog autora, skra}eni naziv ~lanka, redni broj slike, a vrh slike ozna~iti vertikalno usmerenom strelicom. Naslov slike napisati na po- sebnom listu.

Crte`i ({eme, grafikoni)

Primaju se samo pregledno ura|eni crte- `i na beloj hartiji.

Spisak literature

Kuca se na posebnoj strani, dvostrukim proredom, a trostrukim izme|u pojedinih referenci, s arapskim brojevima prema re- dosledu navo|ewa u tekstu. broj referenci u spisku ne treba da prelazi 20, osim za pregledni rad. Stil navo|ewa referenci je po ugledu na „Index Medicus“.

NAPOMENA: Ovo uputstvo je sa-iweno prema Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, koji je obja- vio „International committee of medical jour- nal editors“ u N. Eng. J. Med. 1997;336; 309-15.

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

614

ZDRAVSTVENA ZA[TI TA : ^asopi s za
socijal nu medi ci nu, javno zdravqe,
zdravstveno osi gurawe, ekonomi ku
i menaxment u zdravstvu / glavni i
odgovorni uredni k Predrag Dovijani }. –
God. 1, br. 1 (1972) – . – Beograd (Nu{ i }eva
25) : Komora zdravstveni h ustanova Srbije,
1972 – (Beograd : Obel e` ja). – 27 cm.

Dvomeseno.

ISSN 1451-5253 = Zdravstvena za{ ti ta
COBISS.SR-ID 3033858