

ГОДИНА XXXV

Број 5
ОКТОБАР 2006. ГОДИНЕ

ЧАСОПИС ЗА СОЦИЈАЛНУ МЕДИЦИНУ,
ЗДРАВСТВЕНО ОСИГУРАЊЕ, ЕКОНОМИКУ,
ИНФОРМАТИКУ И МЕНАЏМЕНТ У ЗДРАВСТВУ

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА



Уређивачки одбор:

Председник:

Прим. др Илија Трипковић

Чланови:

Др Василије Антић
Светлана Вукајловић, дипл. правник
Раде Николић, дипл. правник
Проф. др Момир Џаревић
Прим. др Тања Кнежевић
Рајко Гргуревић, dipl. есс.
Др Вуко Антонијевић
Прим. др Мирјана Велимировић

Главни и одговорни уредник:

Проф. др сп. мед. Предраг Довијанић

Секретар:

Милка Томић-Каришић

Заменик главног и одговорног уредника:

Проф. др Мирјана Мартинов-Цвејин

ВЛАСНИК И ИЗДАВАЧ: Комора здравствених установа Србије – Београд

За издавача: Рајко Гргуревић, dipl. есс.

Уредништво и администрација: 11000 Београд, Нушкићева 25/1

Тел/факс: (+381 11) 3615-358, 3615-371; Жиро-рачун: 205-4707-32

Припрема за штампу: И.П. „Обележја“, Патријарха Јоаникија 20а/54, 11 000 Београд
e-mail: obelezja@yahoo.com

Лектура-коректура:
Ковиљка Дабић, проф.

Технички уредник:
Синиша Ђетковић

Тираж:
500 примерака

Штампа:
„Сека“, Београд

Часопис „Здравствена заштита“ евидентиран је под бројем YU ISSN 0350-3208 у Библиографији Југославије, серијске публикације. Са овим YU ISSN бројем наћи се у светској бази о серијским публикацијама (ISSN база) са седиштем у Паризу.

Чланци из часописа објављују се у Библиографији Југославије. Чланци и прилози у серијским публикацијама, Серија Б.

C a g r ж a j

Стручни и научни радови

| | |
|--|----|
| <i>Др си. мед. Зорица Димитријевић</i> | |
| Породични лекар – породична медицина | 1 |
| | |
| <i>Др Миланка Бранковић</i> | |
| Примарна здравствена заштита и здравствено стање одраслог становништва Београда | 13 |
| | |
| <i>Прим. др си. Владимира Пешић</i> | |
| Перспективе развоја здравствене службе у ХХI веку | 21 |
| | |
| <i>Др си. Весна Томић</i> | |
| Процес доношења одлука адолесцента | 33 |
| | |
| <i>Доц. др Весна Шуљаџић</i> | |
| Превенција и контрола болничких инфекција у новом миленијуму | 41 |
| | |
| <i>Верица Гбуручик</i> | |
| Временске прилике, еко систем и здравље | 43 |
| | |
| <i>М. Рашићевић</i> | |
| Национална стратегија о старењу | 45 |
| | |
| Из Републичког завода за здравствено осигурање | |
| <i>Светлана Вукајловић</i> | |
| Суптилнији притисци фармацеутских кућа | 53 |
| | |
| Из историје здравства Србије | |
| <i>Прим. др Владимира Пешић, др Будимира Павловић</i> | |
| Први педијатар у Србији | |
| Др Платон Папакостопулус (1864–1915) | 55 |
| | |
| <i>Проф. др Брана Димитријевић</i> | |
| Домаћи нас лопов поткрада | 65 |

| | |
|--|----|
| <i>Сања Миленковић, Биљана Путићниковаћ, Милан Б. Јовановић, Ива Берисавац, Марко Марковић</i> | |
| Од Контумца до Клиничко-болничког центра Земун-Београд (1730–2005) | 67 |
| Приказ књиге | |
| <i>Проф. др Србобран Ђорђевић</i> | |
| „Ивањица претеча система примарне здравствене заштите“ проф. др Предраг Довијанић | 73 |
| Вести и новости из система здравства Србије | 77 |
| Календар стручних скупова у Европи (јануар-април 2007.) | 83 |
| Упутство ауторима | 85 |

Стручни и научни радови**Породични лекар – породична медицина**3. Димитријевић⁵**Увод**

Породични лекар као институција примарне здравствене заштите, посебно у земљама са дугом традицијом плурализма у организацији здравствене заштите (развијен приватни сектор и/или различити облици примарне здравствене заштите), представља базу реферално организованих здравstvenih система. У том контексту, он је носилац интегралне здравствене заштите усмерене на пружање здравstvenih услуга свим члановима породице, без обзира на њихову животну доб и пол.

Посебна улога породичног лекара у свим областима примарне здравствене заштите и на различитим нивоима превенције, почев од промоције здравља па до лечења и рехабилитације, сврстава га у ред релевантних специјалности, са изгледима још бољег позиционирања у здравству. Овакав положај у струкци проистиче како из здравственог (поседовање широког дијапазона знања и вештина) и социјалног приступа у раду породичног лекара (познавање економских, културолошких, образовних, смотивних и других одлика породице којој пружа здравствену заштиту), тако и бихејвиоралног и еколошког приступа (познавање навика, начина живота, фактора везаних за наслеђе породице, познавање животног окружења и услова у којима породица као микрозаједница егзистира).

У оквиру идејног и филозофског контекста примарне здравствене заштите становништва, заснованог на принципима једнакости, солидарности, узајамности и помоћи неразвијеним, породични лекар има кључну улогу

као креатор, носилац и координатор здравствене заштите у породици и локалној заједници. Таква улога породичног лекара детерминише његов стручни рад, али и хумани, социјални и антрополошки карактер струке у целини.

Однос здравља појединца и породице, као и утицај породице на здравље свих њених чланова, указује на двосмерну међузависност, обликујући комплексан појам породичне медицине и антиципирајући здравствене проблеме породице као заједничке проблеме. На тај начин, улога породичног лекара доприноси реинтеграцији здравствене заштите, фокусирању на релевантне проблеме у здравству и стављању у други план уско медицинских и других личних професионалних интереса.

1. Породица и примарна здравствена заштита

Вредност концепта породичне медицине лежи у чињеници да је породица посебна друштвена група чије су основне карактеристике везане и испреплетане низом различитих утицаја и наслеђа. У најширем смислу речи, карактеристике породице би се могле свести на следеће:

- генерацијску повезаност и повезаност између њених чланова са карактеристикама везаним за бракове и породице претходних генерација супружника;
- заједничке социо-психолошке услове засноване на комплементарним (симултаним) активностима и процесима, емоцијама и истом социјалном окружењу;

⁵ Др сц. мед. Зорица Димитријевић, Градски завод за заштиту здравља.

- заједничке здравствено-еколошке услове формиране кроз генетско наслеђе и биолошко и физичко окружење са којим чини посебан екосистем.

Због бројних карактеристика везаних за ове три основне одлике породице, породица се дефинише и као „примарно језгро“, „ћелија друштва“, „биолошки феномен“, „хередитарна група“, „јединица здравља и болести“.^{1,2,3}

Без обзира којој је од научних дисциплина дат примат у дефинисању појма породице (социолошки, филозофски, биолошки, културолошки, етички, еколошки, итд.), са аспекта здравља и болести, а пре свега у контексту оптималних могућности за пружање здравствене заштите свим њеним члановима, породицу треба посматрати као примарну / основну социјалну групу у којој је здравље и болест сваког појединог члана одређена интеракцијом индивидуалних карактеристика, карактеристика микросредине (физичког и социјалног окружења) и утицаја макросредине у најширем смислу речи (друштвено-економских и друштвено-политичких прилика).

Читав концепт примарне здравствене заштите (Алма-Ата, 1978.) прилагођен је задовољавању здравствених и социјалних потреба породице, што се огледа у основним премисама примарне здравствене заштите, а то су:

- оптимална доступност и приступачност, укључујући слободан избор лекара,
- учешће заједнице у креирању и пружању здравствених услуга,
- интерсекторска сарадња,
- оријентација ка високо ризичним и вулнерабилним групацијама становништва,
- примена адекватне технологије за ниво примарне здравствене заштите,
- алокација ресурса ка овом сегменту здравственог система.

Глобалном концепту примарне здравствене заштите свакако треба додати и њену организациону структуру, односно моделе организације примарне здравствене заштите, који иако нису универзални (различите земље

различито организују овај подсистем здравственог система), за заједнички циљ имају задовољавање здравствених потреба сваког појединог члана породице:

- жена у генеративној доби,
- деце предшколског и школског узраста,
- одраслих лица,
- старих чланова породице.

У најширем смислу речи, модели организације примарне здравствене заштите се могу свести на следеће:⁴

- поликлинички тип организације са већим бројем ужих специјалистичких дисциплина,
- тип здравственог центра, од сложеног (интегрисаног) до базичног (популационо оријентисаног),
- тип станице или дома - установа социјалног типа које поред социјалне, пружају и минимум примарне здравствене заштите,
- тип групне праксе за пружање комплементарних здравствених услуга корисницима,
- тип приватне/соло праксе.

У свим наведеним моделима организације примарне здравствене заштите, лекару опште праксе/доктору „medicinae universalis“ је намењена улога главног носиоца активности везаних за здравље његових пацијената (не треба, међутим, изгубити из вида и улогу медицинских сестара у тиму). Ова улога се са мање или више успеха спроводи у готово свим земљама света, без обзира да ли су те земље још увек под утицајем старијих централизованих система здравствене заштите, или припадају плуралистичким системима који нуде већи број разноврсних организационих облика примарне здравствене заштите.

2. Породична медицина и примарна здравствена заштита

У оквиру концепта примарне здравствене заштите, породична медицина се организује у већини земаља (посебно високо развијених) са основним циљем да пружи одређени стандард здравствених услуга породици као целини, имајући у виду све наведене карактеристике које дефинишу породицу. Оваква

настојања произилазе управо из чињенице да у свету постоје врло хетрерогени организациони облици примарне здравствене заштите са више медицинским, а мање здравственим карактеристикама организације рада и пружања здравствених услуга становништву.

Породична медицина има јасну перспективу и обзиром на чињеницу да субјективни фактори (обележја високог степена индивидуалности породичног лекара) и фактори који утичу на квалитет његовог рада, у највећој мери детерминишу свеукупни концепт примарне здравствене заштите. Ти фактори су следећи:

- мотивисаност за рад породичног лекара (капитација, али и могућност других видова плаћања),
- едукација (специјализација, али и могућност даљег усавршавања у струци),
- степен опште информисаности (ниво образовања, али и познавање породичне анамнезе, социјалних услова и окружења породице у целини),
- степен стручне информисаности (континуирана едукација и едукација уз рад).

Бојазан да се афирмацијом породичног лекара дезавуише читав подсистем примарне здравствене заштите, тачније институционализован вид овакве заштите оличен у здравственом центру, чини се неоправданом, имајући у виду све већу доминацију специјалистичких и субспецијалистичких грана, гломазну администрацију и високу технологију која прати развој ових центара, при чему примарна здравствена заштита (у извornом смислу) губи своју физиономију и ближи контакт са заједницом. Из ових чињеница проистичу дилеме везане за „оптимални модел“ примарне здравствене, па се намећу следећа питања:

- Да ли рад здравствених центара намеће све већи раскорак између праксе примарне здравствене заштите и програмских опредељења, или се смањује овакав јаз?
- Да ли здравствени центри јачају стручну координацију унутар (и између) институција система, или напротив слабе везу између примарног и секундарног нивоа?

- Да ли јачају интеграциони процеси умножавањем специјалности и субспецијалности унутар здравствених центара, или се напротив процеси дезинтегришу?
- Да ли јача или слаби веза примарне здравствене заштите и локалне заједнице?
- Да ли јача или слаби интерсекторска сарадња?
- Да ли се читав подсистем примарне здравствене заштите све више централизује и затвара у своје оквире, или постаје отворенији?

Потребно је истаћи да би примарна здравствена заштита која представља динамичан и отворен систем, добила на значају, са изменјеном / новом улогом лекара опште праксе у коме је он главни носилац свих активности и детерминатор вредносног система здравствене заштите коју својим драгоценним учешћем чини мање скупом и социјално и економски више рационалном и ефикасном.

Из тих разлога, све више се чини привлачливом идеја да се промовише нови модел рада лекара опште праксе. Модел је све ближи концепту породичне медицине и враћању угледа породичног лекара. Таква тенденција је присутна и у Америци још од половине осамдесетих година, због све већег суочавања са пролиферацијом ужих медицинских дисциплина и озбиљним нарушавањем холистичког приступа у пружању здравствене заштите пациентима.

Резултати истраживања Америчког медицинског друштва (1980.) указују на нагли пораст породичних лекара у периоду од 1975. до 1986. године, уз посебну едукацију ових лекара за тзв. „усмеравано лечење“, односно развијање њихових способности и стручности за тачне процене здравствених и социјалних потреба и коришћење широког дијапазона услуга за задовољавање тих потреба.

Нова улога лекара опште праксе/породичног лекара је све чешће окосница за конструкцију савремених модела организације примарне здравствене заштите, без обзира о којима од споменутих модела је реч. У опредељењима за избор модела примењују се

различити критеријуми, али свакако треба споменути оне које је Светска здравствена организација истакла још 1978. године анализирајући улогу здравствене економике у националном здравственом планирању и здравственој политици земаља чланица. У најширем смислу речи, ови критеријуми обухватају следеће:^{5,6}

- економску компоненту, односно рационалност и ефикасност модела;
- корисничке/личне чиниоце, односно потребе, могућности и жеље корисника;
- стручне критеријуме, односно интеграцију медицинске, здравствене и социјалне заштите;
- потребе за променама, односно мотивацију здравствених радника да мењају постојећу организацију.

Богатство ресурсима, пре свега финансијским, ставови давалаца и корисника здравствених услуга и мотивисаност за промене постојећег здравственог система, представљају одлучујуће факторе у опредељењима за облике организације примарне здравствене заштите. У контексту ових чињеница, за доносиоца одлука остаје питање: да ли рационализовати модел и вратити ингеренције лекару опште праксе као носиоцу целокупне основне/примарне здравствене заштите са лекарима специјалистима као његовим консултантима (установе примарне здравствене заштите прилагодити новој улози лекара опште праксе), или прихватити/задржати модел у коме одговорност за здравље народа преузимају/задржавају лекари специјалисти и субспецијалисти различитих медицинских дисциплина?

3. Породични лекар – место и улога

Осврћују се на задатке породичног лекара потребно је истаћи да постоје различите дефиниције породичног лекара/породичне медицине, али без обзира о којим дефиницијама је реч, оне произилазе и одређују значај, улогу и место у систему здравствене за-

штите породичног лекара, али и медицинске специјалности коју он представља.

Прва дефиниција је дата 1974. године и гласи:⁷ „Породични лекар спроводи здравствену заштиту у породици у оквиру породичне медицине. Његово образовање и квалитет рада стечен истукством, упућују га на неколико поља медицине и хирургије. Он је обучен да развија и подиже ниво праксе у континуитету, за целу породицу (свеобухватно), без обзира на пол, године и тип проблема (биолошких, бихејвиоралних и/или социјалних).“

У склопу ове дефиниције, наглашено је и да је „породични лекар обично лекар опште медицине који своју активност не ограничава на одређене дијагностичке симптоме, већ обезбеђује континуиран и непосредан контакт пацијента са здравственом службом.“

3.1. Задаци породичног лекара

Задаци породичног лекара су бројни и односе се на шири здравствени аспект а не само на ужи медицински, укључујући и снажну моралну димензију. Глобално посматрано, задаци породичног лекара се могу свести на неколико поља делатности⁸:

- обезбеђење примарне и континуиране здравствене заштите појединцима, породици и популацији у целини, у ординацији, кући и понекад у болници
- усмеравање активности ка раној дијагностици, уз интегрисање физичких, психолошких и социјалних фактора који утичу на здравље
- одлучивање о сваком проблему који му се презентира и преузимање поступака код оболелих од акутних, хроничних и терминалних болести
- изграђивање односа поверења и пријатељства које ће користити у професионалне сврхе
- сарадња са другим стручњацима из области медицине, здравства и других немедицинских дисциплина
- перманентна едукација из области медицине и јавног здравства, уз неговање профе-

сионалне одговорности према заједници у целини.

3.2. Медицинска пракса породичног лекара

Медицинска пракса породичног лекара детаљније је разрађена и документована на нивоу експерата Светске здравствене организације. Тако се уз (А) карактеристике медицинске праксе породичног лекара/породичне медицине из 1995. године⁸, дефинишу и (Б) структурални, (В) организациони и (Г) професионални услови потребни за развој ове медицинске дисциплине.

А. Карактеристике породичне медицине су:

- општост за све категорије становништва,
- приступачност – у географском, технолошком и финансијском смислу,
- интегрисаност – промотивних, превентивних и куративних активности,
- континуитет – заштита од рођења до смрти,
- тимски рад – мултидисциплинарност,
- холистички приступ – физичког, психичког и социјалног здравља,
- усмереност ка породици – социјално окружење,
- усмереност ка заједници – локални здравствени проблеми,
- кооперативност – реферална повезаност са вишим нивоима здравственог система,
- поверљивост – узајамно поверење између лекара и пацијента,
- заступништво – у свим споровима везаним за здравље.

Б. Структурални услови потребни за рад породичног лекара су:

- дефинисана популација – индивидуалне и/или породичне листе, уз слободан избор лекара,
- дефинисана локална заједница – за бољу процену потреба,
- пружање услуга свим популационим групама – жене, деца, стара лица, запослени,
- реферални систем – реципроцитет и комплементарност породићни лекар / специјалисти других медицинских дисциплина,

- награђивање – плаћање као валидан инструмент вредновања рада и ангажмана.

В. Организациони услови за рад породичног лекара су:

- вођење документације – обезбеђење праћења, идентификација епизода болести, креирање историја болести, координација сарадње са другим специјалистима,
- тимски рад – право пацијента на експертизу,
- организација процеса рада – флексибилна пракса, од пружања хитне медицинске помоћи до решавања мање ургентних стања и од планирања услуга до тражења решења прихватљивих за све пациенте.

Г. Професионални развој обухвата:

- едукацију – додипломску, последипломску и континуирану уз рад,
- обезбеђење квалитета – континуирана едукација је најважнији инструмент за обезбеђење квалитета,
- специјализацију породичне медицине – академски кредитилитет,
- истраживања – проблема везаних за свакодневни рад породичног лекара,
- професионална организовања – објединеност академских и политичких функција, учешће у доношењу одлука.

Наглашено је да „лекарска пракса породичног лекара захтева време“ и да је неопходно потребно сачинити претходно пилот истраживање како би се избегле негативне консеквенце неадекватног рада у овој области.

4. Породични лекар – тимски рад, садржај рада и едукација

Активности породичног лекара обухватају широко поље стручних садржаја како у ординацији тако и на терену. Основу свих активности чине дефинисани, стандардизовани ресурси кадра, опреме и простора, како би се омогућила реализација низа сложених задатака везаних за његов рад. Посебно место, у том контексту, припада едукацији, односно стручном усавршавању медицинског кадра

који спроводи здравствену заштиту у оквиру породице и заједнице. Стручно усавршавање представља важну карику између сложених послова и задатака породичног лекара и исхода, односно постигнутих резултата у раду са хетерогеном групом (у демографском смислу речи) којој припада породица.

4.1. Тимски рад

Тимски рад и критеријуми за избор чланова тима одређују садржај рада породичног лекара. Тим породичног лекара чине:

- лекар породичне медицине
- поливалентна патронажна сестра
- медицински техничар за интервенције.

Критеријуми за избор чланова тима се за- снивају на степену стручности и искуству у раду. Поред специјалисте породичне медицине, у обзир долазе и специјалисти других медицинских дисциплина додатно едуковани за рад у овој области. Најчешће је у тимски рад укључен и један медицински техничар за медицинску статистику, информатику и комуникацију са пациентима (**шема 1**).

Тим усмерава своје активности на породице у оквиру одређене локалне заједнице,

али и на оно становништво које се опреде- лило за лекара – вођу тима.

Здравствена заштита се спроводи у здрав- ственој станици и/или амбуланти, као и у ку- ћи пацијента.

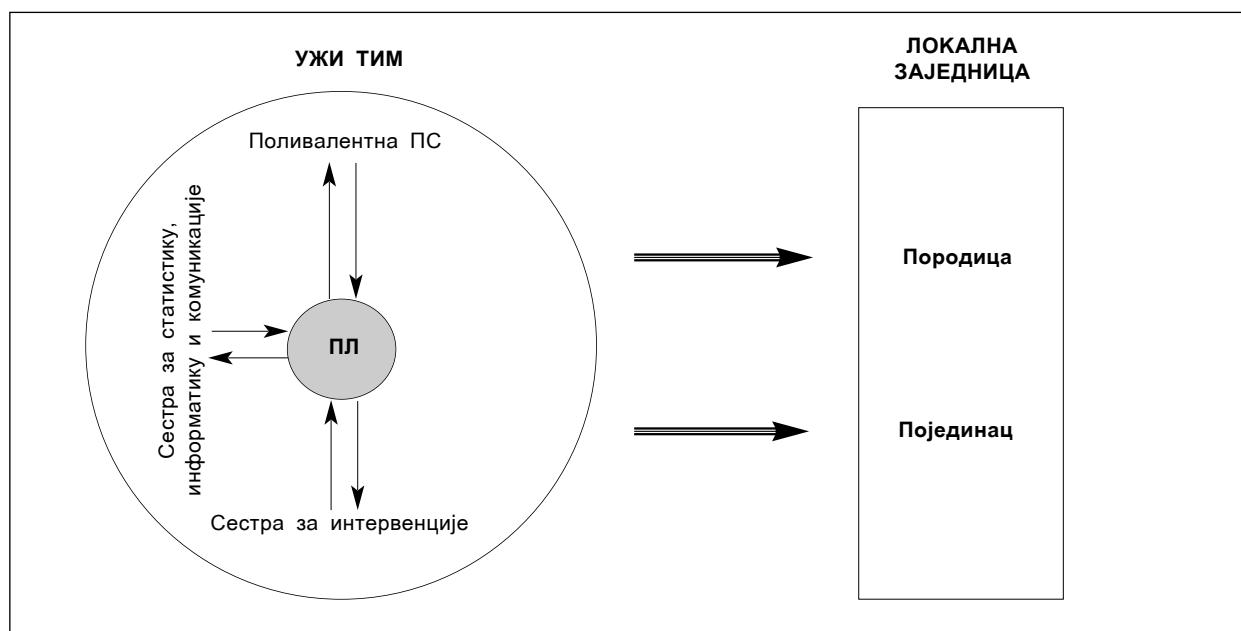
Локалну заједницу дефинишу следећи еле- менти:

- географски – приступачност,
- демографски – број становника на један тим,
- социоекономски – сарадња са другим сект- торима.

На нивоу локалне заједнице, лекар лечи, руководи тимом породичне медицине и кому- ницира унутар и изван тима. Поливалентна патронажна сестра обавља превентивне ак- тивности и ради са групама на ризику, аси- стира и комуницира унутар и изван тима, а медицински техничар асистира и самостално врши одређене интервенције.

4.2. Садржај рада

Садржај рада тима породичне медицине дефинише се у оквиру (А) управљачко-орга- низационих, (Б) промотивно-превентивних,



Шема 1. (ПЛ – породични лекар).

(В) дијагностичко-терапијских и рехабилитационих активности:^{9,10}

А. Управљачко- организационе активности започињу:

- утврђивањем социо-медицинске дијагнозе заједнице, приоритетних група, група на ризику и приоритетних проблема,
- припремом годишњих планова и програма здравствене заштите одређене популације.

Б. Промотивно- превентивне активности подразумевају:

- здравствено васпитни рад са становништвом,
- систематске прегледе и имунизацију,
- хигијенско-епидемиолошки надзор и интерсекторску сарадњу.

В. Дијагностичко-терапеутске и рехабилитационе активности чине:

- прва и хитна помоћ,
- дијагностика и лечење акутних и хроничних болести,
- консултације са специјалистима са вишег рефералног нивоа,
- обезбеђење и снабдевање пацијента лековима,
- контролни прегледи и праћење тока болести.

Садржај рада чланова тима је посебна област која набројане активности тима ставља у контекст рада сваког од чланова тима породичне медицине.¹¹ Имајући у виду ту чињеницу, активности породичног лекара, патронажне сестре и сестре у интервенцији су следеће:

4.2.1. Породични лекар

- Врши управљачке активности у односу на тим, на члана породице, на специјалисту консултанту, на заједницу, на школу, на друге установе,
- води документацију и евиденцију породичних, индивидуалних и картона кућног лечења, протокола и периодичних извештаја,

- обавља промотивно-превентивне активности у оквиру фактора ризика, група на ризику и програмских мера и задатака, обавља дијагностичко-терапеутске активности одређених болести и стања, психо-социјалну рехабилитацију пацијента и прописивање лекова,
- врши еколошке и интерсекторске активности кроз надзор и контролу воде, хране, диспозицију отпадних материја и водећих еколошких ризика,
- унапређује развојне активности кроз едукативне програме, поделу рада и укључивање непрофесионалаца у тим,
- координира активности са органима власти, безбедности и полиције, образовним институцијама и установама у локалној заједници.

4.2.2. Патронажна сестра

- Идентификује социо-медицинске проблеме у локалној заједници,
- прикупља податке релевантне за планирање, мониторинг и евалуацију коју врши породични лекар,
- спроводи промотивне и превентивне програме ради откривања и отклањања свих ризико-фактора у непосредном окружењу,
- врши терапеутско-рехабилитационе активности са оболелим члановима породице,
- успоставља повратне везе између тима и чланова породице, као и тима и школе, социјалне установе, месне заједнице и других установа на локалној заједници.

4.2.3. Сестра у интервенцији

- врши парентерално давање инјекција,
- асистира лекару при обради и шивењу рана, инцизија, скидању шавова и копчи и вађењу страног тела из коже и подкожног ткива,
- врши обраду опекотина са индикацијама за амбулантни третман,
- врши имунизацију, заустављање крвављења, катетеризацију мокраћне бешике, испирање уха, и друго,
- врши реанимацију, примарно збрињавање прелома и других повреда, имобилизацијом и постављањем фиксационих завоја,

- води евидентије о врсти и количини потрошених лекова и санитетског материјала.

Прегледи код лекара се заказују. Циљ заузимања је смањење чекања на пријем код лекара и веће задовољство пацијента радом лекара и његовог тима. Заказивање се врши путем телефона, у договору са лекаром приликом посете и у договору са патронажном сестром приликом њене посете пацијенту у кући.

4.3. Едукација

Едукација чланова тима је најважнији аспект породичне медицине и делатности везаних за свакодневну праксу породичног лекара. Она се одвија на више нивоа и обухвата различита поља науке и струке. У целини посматрано, едукација се организује као:

- додипломска
- последипломска.

У оквиру студија Медицинског факултета потребно је организовати клиничку праксу за породичну медицину, на исти начин као што се обавља пракса из других медицинских дисциплина (интерна, хирургија, педијатрија, итд.).

Последипломска едукација мора бити континуирана. Смисао овакве наставе је стално иновирање знања и вештина из области породичне медицине кроз:

- специјализацију из породичне медицине,
- магистеријум из породичне медицине,
- учење уз рад у области породичне медицине.

Учење уз рад се обезбеђује организовањем предавања, дискусија и практичног рада у овој области. Едукација се спроводи на основу претходно сачињеног Плана и програма едукације за све чланове тима, у складу са њиховим степеном стручности, пољем делатности и иновацијама у области науке и струке.¹²

Тематске области у оквиру едукативног програма су прилагођене нивоу стручности

сваког појединачног члана тима и обухватају следеће медицинске дисциплине:

- педијатријску делатност,
- гинекологију и акушерство,
- интерну медицину,
- ургентну медицину,
- психијатрију,
- неурологију,
- инфективне болести,
- пнеумофтизиологију,
- епидемиологију,
- социјалну медицину.

5. Негативни аспекти досадашње праксе развоја ПЗЗ

Све до половине 20-ог века породична медицина је била водећа медицинска дисциплина, а породични лекари најбројнији стручњаци у свеукупној медицинској пракси. Достигнућа у медицинским знањима и технолошком развоју су за релативно кратко време потиснули породичног лекара у други план и након 1970. године довели до такве пролиферације лекара специјалиста различитих медицинских дисциплина да је њихов број надмашио број породичних лекара^{4, 13}. Овакве тенденције су доводиле до постепених, али све већих трошкова у области здравствене заштите и потребе брзих реформи, посебно на примарном нивоу, на коме би се могло решавати око 95% здравствених проблема.

Конференција у Алма-Ати (СЗО, 1978) је представљала прекретницу у том смислу, будући да је отворила могућност за нова оригинална решења у области примарне здравствене заштите за сваку од земаља чланица, у оквиру њених друштвено-политичких и економских могућности. Међутим, као одговор на постављене концепте Светске здравствене организације, у већини земаља, посебно оних у којима су од раније формирани националне здравствене службе са потпуним или делимичним обликом централистичког управљања и руковођења, формирају се здравствени центри/домови здравља као установе примарне здравствене заштите.

Концепцијски гледано, место и улога лекара примарног нивоа требало је да буде кључна у здравственој заштити целокупног становништва, али је све већа експанзија лекара других специјалности унутар тих центара значајно умањила њихову улогу и угрозила место у систему здравствене заштите. Посебно негативне последице оваквих тенденција биле су све мања брига и одговорност здравствених центара као техничких и оперативних модела локалне заједнице¹⁴ за потребе те заједнице у социјалним, епидемиолошким и еколошким областима, уско везаним за здравље становништва. Тако се уместо једне хоризонталне и интегрисане организације од виталног јавног значаја стварала могућност за успостављање вертикалне и сувише специјализоване структуре непримећене месту и улози примарне здравствене заштите, а самим тим и месту и улози лекара првог контакта као главног носиоца активности у примарној здравственој заштити и целокупном систему здравства.

Иако су проблеми руралних и урбаних зона међузависни и неодвојиви, чињеница је да је криза здравства претила више градовима због демографских разлога, али и разлога везаних за веће коришћење здравствене заштите и већи притисак на здравствене установе. Проблеми великих градова, посебно градова земаља у развоју, леже у брзој урбанизацији и порасту годишњих стопа, према неким обрачунима¹⁴ и преко 3% демографског раста. Готово исто толико отпада на становништво које живи у беди и сиромаштву и које болује од болести социо-медицинског значаја као што су срчана оболење, рак, алкохолизам, наркоманија, трауматизам, сида и друге болести које се преносе полним путем.

Управо због оваквих тенденција стварали су се све више услови који су налагали промене у организацији локалних здравствених служби у правцу промотивног и превентивног деловања и напуштања „силазног“ вертикалног модела у корист приступа заснованог на учешћу шире локалне заједнице. У таквим настојањима, преусмеравање на примарну

здравствену заштиту није се могло обавити без активног учешћа лекара првог контакта/породичног лекара, припремљеног у оквиру струке за рад са другим професионалним групацијама и организацијама на нивоу локалне заједнице. Едукација на универзитетима и медицинским факултетима требало је да пружи шансу оваквим тенденцијама, формирањем катедри за породичну медицину или реформом постојећих наставних програма за стицање звања породични лекар.

6. Искуства развијених земаља у развоју

Искуства неких развијених земаља указују на несумњиво значајне користи од формирања институције породичног лекара, пре свега у погледу показатеља здравствене и виталне статистике – смањења смртности новорођенчади, продужења очекиваног трајања живота, ерадикације заразних болести и смањења смртности од хроничних незаразних болести. Тако, на пример, за европски регион,¹⁵ смртност новорођенчади је пала са 27 на 12/1000 живорођених у периоду од 1970. до 1990. године, док је очекивано трајање живота порасло у истом периоду са 71 на 74 године живота.

С друге стране, облици организовања примарне здравствене заштите засновани на институцији породичног лекара указали су на рационалније, ефикасније и ефективније карактеристике рада и функционисања овог сегмента здравственог система. У Холандији^{16,17} један породични лекар пружа здравствену заштиту групацији од 2300 становника. Просечан број контаката са корисником овог вида здравствене заштите износи 3–4, само 6% корисника упућује се специјалисти друге медицинске дисциплине, а лекови се прописују у само 2/3 контаката и за мање од половине свих дијагноза. Треба истаћи да је у већини развијених земаља овај проценат већи. Прописивање лекова у САД износи 65% од укупног броја дијагноза, у Британији 74%, у Француској 79%, у Италији 95%, итд.

Породични лекар у Холандији проводи 1/3 времена у разговору са пациентом дајући му савете, објашњавајући природу здравственог проблема због кога је дошао, дискутујући о породици, психолошким аспектима његове болести, послу, апсентизму, итд. Слично је и у другим земљама, посебно северо-западног европског региона (Скандинавске земље и Велика Британија).¹⁷

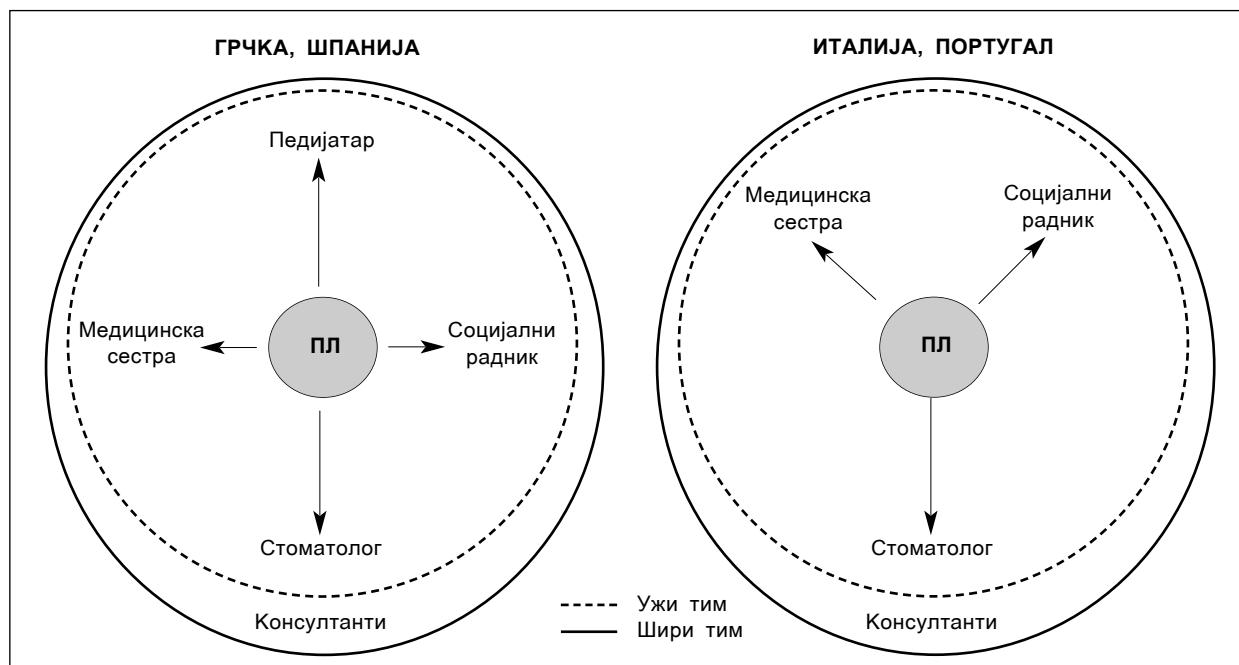
Значај примарне здравствене заштите наглашен је и у земљама медитеранског дела Европе.¹⁸ У периоду од 1985. до 1992. године, смањени су постельни капацитети у Грчкој за 9%, у Шпанији за 17% и у Италији за 19%, уз истовремено повећање пропорције лекара у примарној здравственој заштити у односу на болнице, тако да у Грчкој непосредну здравствену заштиту пружа 48%, у Шпанији 63%, а у Италији 60% лекара опште праксе/породичних лекара.

Разлике постоје и у типу организације опште/породичне медицине. У Грчкој и Шпанији тим примарне здравствене заштите чини лекар опште праксе/породични лекар, педијатар за децу до 14 година старости, медицинска сестра, социјални радник и стоматолог.

Сви здравствени радници су финансирали преко плате. С друге стране, у Италији лекар опште праксе/породични лекар обавља соло праксу и финансиран је per capita. Слично је и у Португалу. Лекар опште праксе/породични лекар брине о здрављу како деце, тако и одраслих грађана. Остали чланови тима (медицински и немедицински радници и стоматолози) истог су профиле као и у већини других земља, па је структура тима примарне здравствене заштите, према оценама стручњака, најближа идеалној дефиницији породичне медицине (*шема 2*).

У Источно-европским земљама, након пада „Берлинског зида“, а у склону општих друштвено-политичких и економских транзиција, реформе у здравству започете су управо на нивоу примарне здравствене заштите, у правцу јачања концепта породичне медицине.

У Польској, након реформи 1990. године,¹⁹ тим примарне здравствене заштите чини лекар опште праксе/породични лекар, гинеколог, педијатар, стоматолог и поливалентна патронажна сестра. Један лекар и једна патронажна сестра (у тим улазе још и неговатељица и социјални радник) пружају здрав-



Шема 2. (ПЛ – породични лекар).

ствену заштиту за 1500 корисника са једног микрорејона. Након реформи, Светска банка је помогла да се оснује последипломска настава за све лекаре и сестре из примарне здравствене заштите који желе да се баве породичном медицином, користећи модел наставе као у Великој Британији.

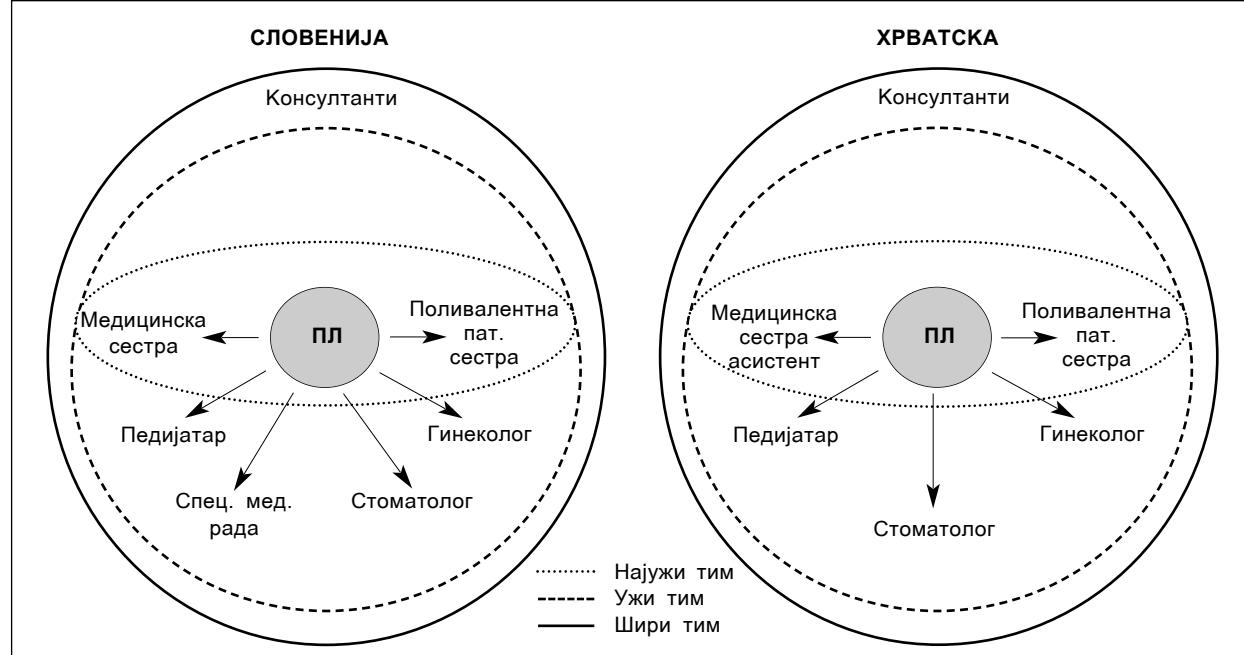
Слична ситуација је и у Румунији. Године 1990, након реформи, општа пракса је добила статус посебне специјалности која траје три године. Већ 1996. године, било је око 1000 специјализаната и 150 наставника определених за ту медицинску дисциплину.

Неке од бивших југословенских република, пре свих Словенија и Хрватска (1993), а затим Федерација Босне и Херцеговине (1996) и Република Српска (1998), прихватиле су нови модел организације примарне здравствене заштите у коме је носилац активности лекар опште праксе/породични лекар, а лекари других специјалности његови консултанти.

Словенија је задржала нека обележја „старог“ модела примарне здравствене заштите, ограничавајући се на лекара опште праксе, педијатра, специјалисту медицине рада, гинеколога и стоматолога.

Хрватска је, попут Словеније, 1993. године донела нове законе о здравственој заштити и здравственом осигурању у којима су фигурирали термини породична медицина и породични лекар. Тада се оснивала и Катедра за породичну медицину уместо Катедре за општу медицину, на којој се образују породични лекари у трајању од три године. Важно је напоменути да уз породичног лекара, проширенi тим примарне здравствене заштите чине још и гинеколог и педијатар. Када је реч о породичном лекару, истиче се да га пациенти бирају својом вольом, да здравствену заштиту мо-

колога и стоматолога. Ужи тим чини лекар опште праксе и две медицинске сестре – патронажна и сестра асистент. Према наводима из литературе,¹⁹ нова оријентација здравственог система креће се ка породичној медицини и подразумева велике промене у медицинској едукацији. Наиме, у Словенији се од 1994. године, општа медицина слуша седам недеља у оквиру основне медицинске заштите на Институту за породичну медицину, а последипломска настава у Институту за јавно здравље, фокусирајући се првенствено на ургентну медицину и законодавство.



Шема 3. (ПЛ – породични лекар).

же пружати у ординацији, у кући пацијента, као и да прати пацијенте док се лече у поликлиници или болници (**шема 3**).

7. Закључак

На основу теоријских претпоставки и кроз кратак преглед статуса породичне медицине у различитим земљама света, чини се да ова медицинска дисциплина добија све више на значају и да породични лекар у оквиру новог модела примарне здравствене заштите добија место главног координатора који тај модел чини и финансијски и технички рентабилнијим и бољим.

Ипак, важно је нагласити да теоријски модел породичне медицине мора постати још ближи пракси, како би ове претпоставке постале стварност. У том смислу, потребно је постићи бар следећих неколико услова:

- превазиђи јај (дисконтинуитет) између примарне и секундарне здравствене заштите
- остварити потпуну координацију између породичних лекара и консултаната, као и породичних лекара и њихових пациентата
- обезбедити и осигурати квалитет породичне праксе засноване на доказима
- обезбедити континуирану едукацију породичних лекара
- обезбедити редовно обнављање регистрације (дозволе за рад) породичних лекара
- побољшати породичну праксу кроз тзв. групну праксу усмерену на потребе специфичних групација корисника (деце, старих лица, жена у репродуктивној фази, итд.)
- јачати улогу осталих чланова тима, посебно сестара, кроз њихово све веће учешће у практичном раду
- обезбедити додатне начине финансирања осим per capita, како број пациентата не би био једини критеријум личних примања
- утицати на јавно мњење и владу, како би се обезбедио већи број породичних лекара у мањим срединама и у срединама са сложенијом социјалном патологијом.

Литература

1. Младеновић, М.: Породица између младих и старих, Социјална мисао, Београд, 1998 (9–27).
2. Голубовић, З.: Породица као људска заједница, Напријед, Загреб.
3. Милић, А.: Рађање модерне породице, Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1988.
4. Димитријевић, З.: Избор оптималног модела организације примарне заштите у великом урбаном центру методом вишекритеријумског одлучивања, Докторска теза, Београд, 1992.
5. WHO: Cost analysis in PHC, Edited by Creese, A., Parker, D., Geneva, 1994 (143 pag.).
6. WHO: Analysis of the functions of PHC in today's Europe, Report on a WHO Consultation, Copenhagen, 1994 (1–13).
7. Цуцић, В., Милић, В.: Породична медицина-теоријски концепт и могућности примене у нашој средини, V Конгрес медицине Југославије са међународним учешћем, Зборник радова, Београд, 1991 (5–15).
8. WHO: A Charter for General Practice/Family Medicine in Europe (Discussion Doc.), Reg. Office for Europe, Copenhagen, 1995 (1–12).
9. Johnsen, N.: The General Practitioner and the Family, Scand. J. PHC, 6, 1988 (155–160).
10. Monograph – Basic Job Description for the GP, Edited by Springer, P., National Association of GP, 1997 (60 pag.).
11. Monograph – FM as a key for the Health Reform in Bosnia&Herzegovina and Italy, Chapter: Country Models of FM, Internat. Centre for Health Management, Rome, 1997 (42–49).
12. WHO: PHC Reforms, Fifth Forum on PHC, Edited by Goicoechea, J., Andorra la Vella, 1993 (178 pag.).
13. Димитријевић, З.: Примарна здравствена заштита и будућност породичне медицине, V Конгрес медицине Југославије са међународним учешћем, Зборник радова, Београд, 1991 (51–54).
14. СЗО: Улога здравствених центара у развоју здравствених система градова (превод: СЗЗ), Извештај Студијске групе СЗО о ПЗЗ у градским зонама, Женева, 1992.
15. WHO: PHC Development in Southern Europe and its Relevance to Countries of Central and Eastern Europe, Rep. on Fifth Forum, Andorra la Vella, 1993 (1–15).
16. A critical Self – assessment by Dutch Experts in the Medical and Health Sciences, Health and HC in the Netherlands, Chapter 5 – FD, Edited by Schrijvers, P., The Hague, 1997 (272 pag.).
17. A critical self – assessment of Dutch experts: Health and Health Care in the Netherlands, Chapter 2 – Health and HC System (Internat. comparison),, Edited by Schrijvers, P., The Hague, 1997.
18. Wienke, G., et al.: HC and GP across Europe, Utrecht Netherlands Institute of PHC, 1993.
19. Putz, J., Kaunitz, M., vab, I.: Development of PHC in Central and Eastern Europe, WHO, Reg. Office for Europe, Copenhagen, 1993 (75–114).
20. WHO: The Process and Management of Change – Transition to a Health Insurance System in the Countries of Central and Eastern Europe, Proceeding of the II Meet. Of the Working Party on HC Reforms in Europe, Essen, 1993 (53–100).
21. WHO: The Ljubljana Charter on Reforming HC, Ljubljana, 1996.

Стручни и научни радови**Примарна здравствена заштита и здравствено стање одраслог становништва Београда**М. Бранковић¹**1. Увод**

Старосна структура становника Београда у периоду од 1997. до 2003. године одговара изразито регресивном биолошком типу. Демографске карактеристике, као што су ниска стопа наталитета од 9,9 у 2003. години (9,3 у 1997. години) и сталан пораст укупног броја умрлих лица, тј. висока стопа општег морталитета од 16/100 одраслог становништва у 2003. години (15,5/1000 у 1997. години), резултирало је негативним трендом природног прираштаја од 2,0 у 2003. години (-1,7 у 1997. години).¹

У наведеном периоду, старосна структура становника Београда била је следећа:

Табела 1. Демографска структура Београда по пописним годинама (1991–2002)

| ГОДИНА | 1991 | % | 2002 | % |
|------------------|---------------|-------------|---------------|-------------|
| УКУПНО | 1602226 | | 1576124 | |
| СТАРОСТ | | | | |
| 0-19 | 388013 | 24,2 | 330039 | 21,0 |
| Мушки | 198862 | 12,4 | 169301 | 12,6 |
| Женски | 195571 | 12,2 | 161038 | 10,2 |
| 20-64 | 984663 | 61,5 | 989538 | 62,8 |
| Мушки | 473131 | 29,5 | 469612 | 29,8 |
| Женски | 511532 | 31,9 | 519981 | 33,0 |
| 65 и више | 158434 | 9,9 | 247029 | 15,7 |
| Мушки | 66424 | 4,1 | 104628 | 6,6 |
| Женски | 92010 | 5,7 | 142401 | 9,0 |
| непознато | 71116 | 4,4 | 9163 | 0,6 |
| Мушки | 36955 | 2,3 | 4513 | 0,3 |
| Женски | 34161 | 2,1 | 4650 | 0,3 |

- од 0 до 19 година – 21 одсто (24 одсто у 1997. години)
- између 20 и 64 године – 62 одсто (61,5 одсто у 1997. години)
- од 65 и више година – 16 одсто (10 одсто у 1997. години).

У току овог периода дошло је до смањења учешћа добне групације од 0 до 19 година са 24 одсто у 1997. години (по пописној 1991. години) на 21 одсто у току 2003. године (по пописној 2002. години).

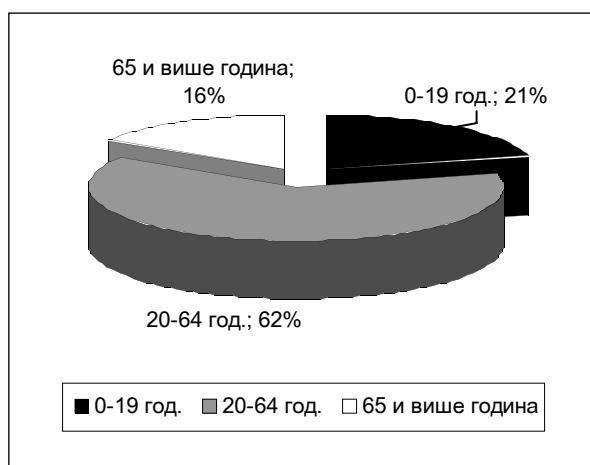
Процентуално учешће добне групе од 65 и више година порасло је са 10 одсто, колико је износило у току 1997. године, на 16 одсто у току 2003. године.

Највећа промена десила се у добној групи старијих од 65 година чије је учешће од 10 одсто у 1997. години (узета у обзир пописна 1991. година), порасло на око 16 одсто у 2003. години (узета у обзир пописна 2002. година).

Масовна хронична незараznа оболења која доминирају у свету, као и у нашој земљи, јесу болести система крвотока. Најчешће оболење из ове групе је исхемијска болест срца (ИСБ), у чијој се основи налази артеросклероза која захвата крвне судове срца. На другом месту по свом значају су хроничне опструктивне болести плућа (ХОБП) као подгрупа респираторних болести.

То потврђује да се по теорији епидемиолошке транзиције налазимо у добу дегенеративних и понашајних (бихејвиоралних) болести, које су повезане са личним навикама (пушење, неправилна исхрана, алкохолизам).

¹ Др Миланка Бранковић, Дом здравља Обреновац.



Графикон 1. Старосна дистрибуција становника Београда у 2003. години.

Углавном се умире од хроничних незара-зних болести као што су (по теорији о по-реклу болести) болести обиља: кардиоваскуларне, малигне, метаболичке, трауматизам и наркоманија, које, осим у најсиромашњим земљама, данас имају доминантан утицај.⁹

2. Циљ рада

Циљ овога рада јесте да се стекне увид у здравствено стање становника Београда ста-рости од 20 година и више. У том смислу де-финисани су следећи подциљеви:

- процена здравственог стања становника од 20 година и више
- детекција водећих група болести у овој популационој групацији
- трендови кретања најфrekвентнијих група болести и дијагноза.

3. Метода рада

Коришћен је аналитичко-дескриптивни метод рада, илустрован табелама и графи-ко-нима. Анализирани су подаци из статистич-ког приказа о броју оболелих и лечених у до-му здравља. И то у служби опште медицине у периоду 1997–2003. година.

Коришћена је МКБ –10 класификација болести, повреда и узрока смрти. При изра-чунавању опште стопе морбидитета, узет је

у обзир број оболелих који су се јављали лекару опште праксе. Анализиране су дијаг-нозе, почевши од колере (АОО) до последи-ца повреде, тровања и других дејстава спољ-нох фактора (Т98).

При израчунавању стопе морталитета ко-ришћене су потврде о смрти Завода за ин-форматику и статистику града Београда.

За анализу је коришћена базична стати-стика (процентуално учешће одређених гру-па болести и стопе морбидитета и мортали-тета на 1000). За израчунавање стопа морби-дитета и морталитета коришћен је број од-раслог становништва по пописним 1991. го-дини и 2002. години.

4. Резултати

4.1. Морбидитет

У посматраном периоду уочен је пад укупног броја оболелих одраслих лица, од-носно пад опште стопе морбидитета са 959,1/1000, колико је износила у 1997. годи-ни, на 810,6/1000 становника, колико је из-носила у току 2003. године (**табела 3; гра-фиковон 2**).

Најмањи број оболелих забележен је у току 1999. године, када је општа стопа мор-бидитета износила 760/1000. Од тог периода

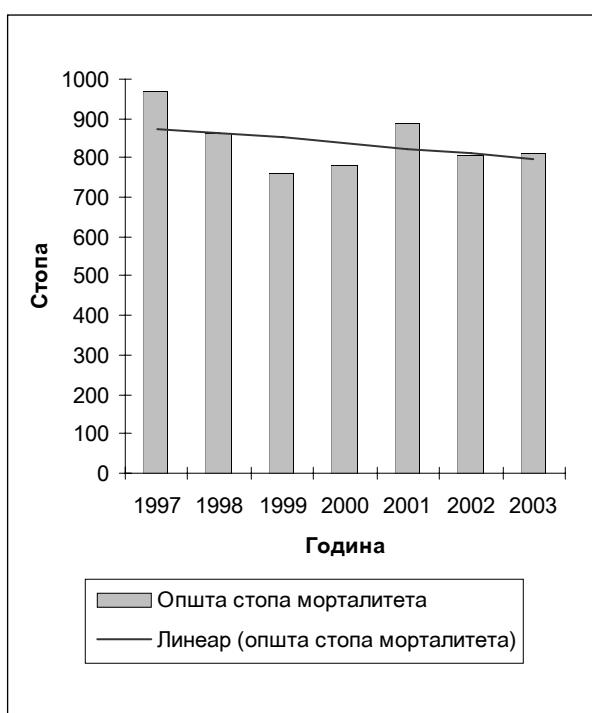
Табела 2. Приказ опште стопе морбидитета/1000 одраслог становништва Београда у периоду 1997–2003. година

| Год. | Укупан број становника од 20 и више год. | Укупан број лечених dg (АОО/Т98) | Стопа/1000 |
|-------|--|----------------------------------|------------|
| 1997. | 1143097 | 1096375 | 959,1 |
| 1998. | 1143097 | 984713 | 861,4 |
| 1999. | 1143097 | 869455 | 760,6 |
| 2000. | 1143097 | 892475 | 780,8 |
| 2001. | 1143097 | 1012972 | 886,2 |
| 2002. | 1236622 | 995648 | 805,1 |
| 2003. | 1236622 | 1002420 | 810,6 |

4.1.2. Водећи узроци оболевања

Највећи број оболелих био је из групе болести за дисање, потом болести система крвотока, а на трећем месту налазе се болести мишићно-коштаног и везивног ткива (*табела 3 и 3. Графикон*).

Процентуално ове три групе болести учествују са вишем од половине укупног морбидитета, односно ове болести су заступљене са око 60 одсто од свих узрока разболевања од



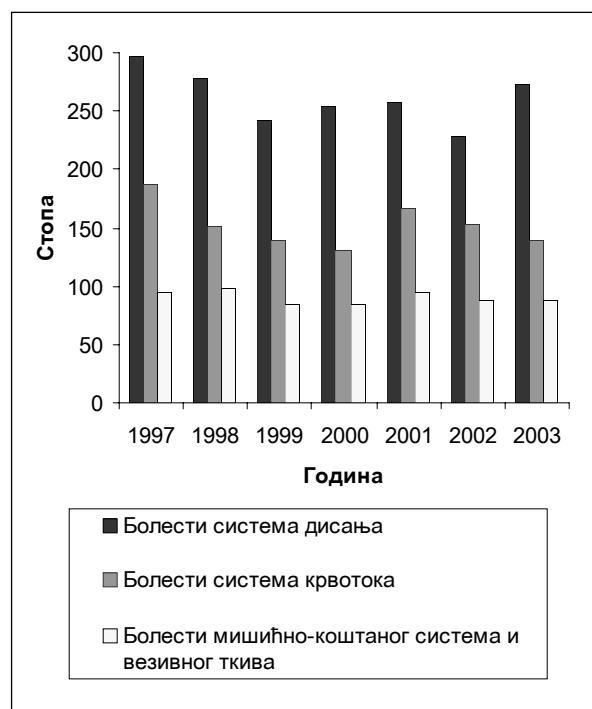
Графикон 2. Општа стопа морбидитета на 1000 одраслих становника Београда у периоду 1997–2003. година.

па надаље уочава се поновни тренд пораста, или још увек на нижем нивоу од базне године посматрања.

Овако ниска стопа морбидитета могла би се одразити слабијим коришћењем здравствених услуга на нивоу примарне здравствене заштите (ПЗЗ), а узроке би могли да тражимо у изузетно тешкој социјално-економској ситуацији и проблемима са којима се сусретала здравствена служба.

Табела 3. Водеће групе болести одраслог становништва Београда у периоду 1997–2003

| Год. | Болести система дисања | | Болести система крвотока | | Болести мишићно-коштаног сис. | |
|-------|------------------------|------------|--------------------------|------------|-------------------------------|------------|
| | Број | Стопа/1000 | Број | Стопа/1000 | Број | Стопа/1000 |
| 1997. | 338095 | 295,8 | 213311 | 186,6 | 107016 | 93,6 |
| 1998. | 317880 | 278,1 | 173392 | 151,7 | 111410 | 97,6 |
| 1999. | 276957 | 242,3 | 158341 | 138,5 | 95885 | 83,9 |
| 2000. | 289852 | 253,6 | 148223 | 129,7 | 95912 | 83,9 |
| 2001. | 294506 | 257,6 | 189883 | 166,7 | 108715 | 95,1 |
| 2002. | 282688 | 228,6 | 189601 | 153,3 | 108050 | 87,4 |
| 2003. | 293413 | 273,3 | 171384 | 138,6 | 108918 | 88,1 |



Графикон 3. Водеће групе болести одраслог становништва Београда (стопа/1000) у периоду 1997–2003. година.

Табела 4. Процентуално учешће три водеће групе болести одраслог становништва Београда у периоду 1997–2003. година

| Год. | Укупан број становника | Укупан број три водеће групе болести | Процент (%) |
|-------|------------------------|--------------------------------------|-------------|
| 1997. | 1096357 | 658422 | 60,1 |
| 1998. | 984713 | 602682 | 61,2 |
| 1999. | 869455 | 531183 | 61,1 |
| 2000. | 892475 | 533987 | 59,8 |
| 2001. | 1012972 | 593104 | 58,6 |
| 2002. | 995648 | 580339 | 58,3 |
| 2003. | 1002420 | 573715 | 57,2 |

раслог становништва Београда. Највећи проценат, око 30 одсто, чине болести система за дисање, са око 20 одсто учествују болести система крвотока, а са 10 одсто учествују болести мишићно-коштаног система и везивног ткива.

У периоду од 1997. до 2003. године најниže стопе морбидитета уочавају се у 1999. години. У овој години бележи се општа стопа морбидитета од 760,6/1000, и њу прате најниже стопе морбидитета појединачних болести – болести система за дисање, болести система крвотока и болести мишићно-коштаног система и везивног ткива.

Да се број одраслих становника оболелих од болести дисајних путева није битније променио, потврђују и вредности стопа одл

295,8/1000 у 1997. години, односно 273,3/1000 у току 2003. године.

Стагнацију је показала и стопа болести мишићно-коштаног система и везивног ткива, са вредношћу од 93,6/1000 у 1997. години, односно 88,1/1000 у току 2003. године.

Када су болести система крвотока у питању, уочен је лаган пад у броју оболелих одраслих грађана. Једини индикативан пад тренда оболевања односи се на болести система крвотока, 186,6/1000 у 1997. години на 138,6/1000 становника.

Хронична опструктивна болест плућа и астма

Респираторне болести су значајан здравствени проблем у нашој земљи. Када је патологија одраслог становништва у питању, водеће место припада хроничним болестима доњег дела респираторног тракта. У ову групу спадају астма и стања позната под једним именом хронична опструктивна болест плућа (ХОБП), тј. хронични бронхитис и емфизем.

Иако је процентуално учешће ХОБП-а (запаљење душница и емфизем) у групи болести система за дисање показало лаган пораст са 4,8 одсто у 1997. године на 5,1 одсто у току 2003. годину, стопа ХОБП-а је са 14,3/1000 (1997) пала на 12,1/1000 у току 2003. године, тј. показала је тенденцију пада. Насупрот томе, лаган пад процентуалног учешћа астме у болестима система за дисање

Табела 5. Хроничне опструктивне болести плућа у популацији одраслог становништва Београда у периоду 1997–2003 године

| Год. | Укупан број становника | Запаљење душница и емфизем | | Астма | |
|-------|------------------------|----------------------------|------------|---------------|------------|
| | | Број оболелих | Стопа/1000 | Број оболелих | Стопа/1000 |
| 1997. | 1143097 | 16381 | 14,3 | 8739 | 7,6 |
| 1998. | 1143097 | 16884 | 14,8 | 7545 | 6,6 |
| 1999. | 1143097 | 16110 | 14,1 | 5854 | 5,1 |
| 2000. | 1143097 | 13837 | 12,1 | 4646 | 4,1 |
| 2001. | 1143097 | 15915 | 13,9 | 4933 | 4,5 |
| 2002. | 1236622 | 16176 | 13,1 | 5970 | 4,8 |
| 2003. | 1236622 | 14932 | 12,1 | 5431 | 4,4 |



Графикон 4. Водеће хроничне болести доњег дела респираторног тракта одраслог становништва Београда, 1997–2003. година.

ње са 2,6 одсто (1997. године) на 1,9 одсто (2003. године) праћен је падом стопе разболевања од бронхијалне астме са 7,0/1000 на 4,4/1000 у 2003. години.

Исхемијска болест срца

Када су болести система крвотока у питању, као један од највећих и најзначајнијих проблема, посебно је посматрана исхемијска

Табела 6. Стопа исхемијске болести срца и акутног инфаркта миокарда/1000 у популацији одраслог становништва Београда у периоду 1997–2003 године

| Год. | Исхемијска болест | | Акутни инфаркт миокарда | |
|-------|-------------------|------------|-------------------------|------------|
| | Број оболелих | Стопа/1000 | Број оболелих | Стопа/1000 |
| 1997. | 19320 | 16,9 | 2858 | 2,5 |
| 1998. | 18941 | 16,6 | 2554 | 2,2 |
| 1999. | 17301 | 15,1 | 2374 | 2,1 |
| 2000. | 17650 | 15,4 | 2117 | 1,9 |
| 2001. | 22206 | 19,4 | 2739 | 2,4 |
| 2002. | 20486 | 16,6 | 2461 | 2,0 |
| 2003. | 17394 | 14,1 | 2929 | 2,4 |

болест срца у оквиру ње акутни инфаркт миокарда.

Исхемијска болест срца је начешће оболење из групе болести система крвотока. Стопа исхемијске болести срца одраслог становништва показује тенденцију пада. Она је са 16,9/1000, колико је износила у 1997. години, пала на 14,1/1000 у току 2003. године.

Стопа акутног инфаркта миокарда од 2,5/1000 у 1997. години, односно 2,4/1000 у 2003. години указује на стагнацију у седмогодишњем периоду посматрања.

Најнижа вредност стопе акутног инфаркта миокарда бележи се у 2000. години, а износила је 1,9/1000 одраслих становника.

Занимљиво је да су у истој години посматраног периода ниску стопу разболевања имале и болести система за дисање (253,6/1000), а најнижу стопу разболевања имале су астма у износу од 4,1/1000 и опструктивне болести плућа у износу од 12,1/1000. Оваква ситуација могла би се објаснити факторима везаним за економске показатеље у читавом друштву, посебно у здравству, као и променама у укупном друштвено-политичком систему.



Графикон 5. Стопа/1000 исхемијске болести срца и акутног инфаркта миокарда одраслог становништва Београда у периоду 1997–2003. година.

У току 2001. године забележена је навиша стопа других исхемијских болести срца од 19,4/1000 становника.

Исте године је стопа акутног инфарка миокарда иносила 2,4/1000.

Од 2002. године стопа других исхемијских болести срца показује тенденцију пада, док је стопа акутног инфаркта миокарда показала стагнацију у односу на базну годину посматрања. На основу оваквих показатеља могуће је претпоставити да инциденца од акутног инфаркта миокарда има тенденцију раста.

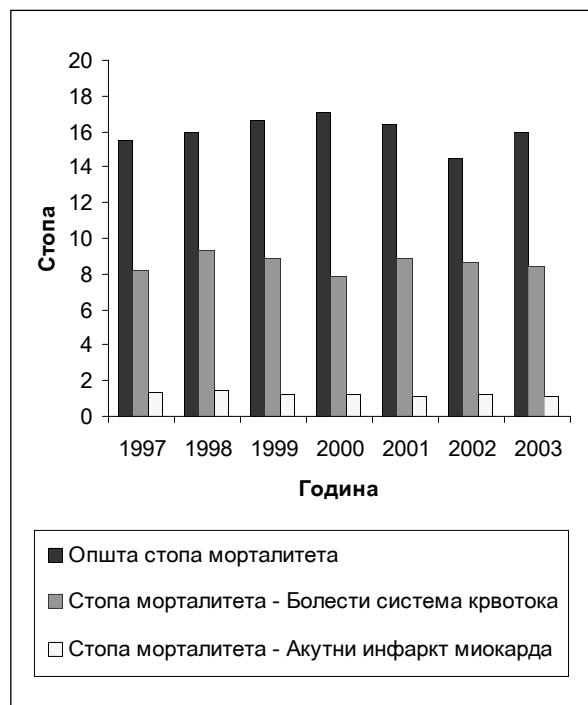
4.2. Смртност од срчаних оболења

Будући да је ова анализа показала да су болести система крвотока на другом месту по броју оболелих одраслих становника Београда, анализирана је и смртност од ових болести, а посебно смртност чији је узрок акутни инфаркт миокарда.

Општа стопа морталитета је у 2003. години износила 16,0 одсто, што у односу на 15,5, колико је износила у 1997. години, указује на благ пораст укупног броја умрлих у односу на базну годину посматрања.

У односу на старосну доб становништва, највећи број умрлих (око 70 одсто) чине особе старије од 65 година. Када је пол у питању, у групи од 20 година од 65 година већи је број мушкараца, а у групи особа старијих од 65 година, учешће полове је изједначено.

Смртност од болести система крвотока учествује са око 60 одсто укупног морталитета. Стопа морталитета од 8,4/1000 у 2003.



Графикон 6. Морталитет становника одрасле доби Београда у периоду 1997–2003. година.

години, у односу на 8,2/1000 у 1997. години, указује на благ пораст броја умрлих од болести система крвотока, при чему око 80 одсто чине особе старије од 65 година, уз изједначено учешће полове.

Када је смртност од акутног инфаркта миокарда у питању, далеко је већи број мушкараца одрасле доби до 65 година, док се у групи старијој од 65 година њихово учешће изједњачава са бројем умрлих жена. Разлог за то треба тражити у одсуству протектив-

Табела 7. Морталитет становника одрасле доби Београда у периоду 1997–2003

| Год. | Све dg MKB-10 класификација | | Болести система крвотока | | Акутни инфаркт миокарда | |
|-------|-----------------------------|------------|--------------------------|------------|-------------------------|------------|
| | Број умрлих | Стопа/1000 | Број умрлих | Стопа/1000 | Број умрлих | Стопа/1000 |
| 1997. | 17688 | 15,5 | 9393 | 8,2 | 1508 | 1,3 |
| 1998. | 18230 | 15,9 | 10672 | 9,3 | 1745 | 1,5 |
| 1999. | 19003 | 16,6 | 10123 | 8,9 | 1345 | 1,2 |
| 2000. | 19491 | 17,1 | 9003 | 7,9 | 1323 | 1,2 |
| 2001. | 18778 | 16,4 | 10161 | 8,9 | 1291 | 1,1 |
| 2002. | 17937 | 14,5 | 10657 | 8,6 | 1425 | 1,2 |
| 2003. | 19808 | 16,0 | 10657 | 8,4 | 1384 | 1,1 |

ног утицаја естрогена код жена, на процес атеросклерозе у току постменопаузе. Естрогени утичу на процес атеросклерозе тако што повећавају вредност ХДЛ-Ц и снижава вредност ЛДЛ-Хлипопротеина и хомоситеина. Такође снижавају вредност укупног холестерола и побољшавају метаболизам липида, а имају и вазодилататорни ефекат.⁹

5. Дискусија

Анализа је показала да су хронична мажовна незаразна оболења водеће болести и у нашој средини. Болести система крвотока се налазе на самом врху лествице разбољевања и у Београду, а имајући у виду да је ситуација у Републици иста, кардиоваскуларне болести постају један од најзначајнијих проблема укупне патологије у нашој земљи. Извештаји о здравственом стању становништва других земаља, посебно високо и средње развијених, показују да су хроничне незаразне болести проблеми са којима се здравство ових земаља најчешће сусреће.

Широм света, сваке године од коронарне болести срца умре 3,8 милиона мушкараца и 3,4 милиона жена. Оне су одговорне за 10 одсто (DALYs) губитака активних година живота у неразвијеним и средње развијеним земљама и 18 одсто у високо развијеним земљама.⁴

Несумњиво је да генетски фактор има битну улогу, али је уочено да 80–90 одсто људи који умре од исхемијске болести срца има један или више фактора ризик vezаних за животне навике, односно стил живота.⁸

Већ на основу резултата из података ПЗЗ, а које се односе на здравствено васпитање становништва Београда, могуће је констатовати...

Коментари својих подаšака

Главни фактори ризика за настанак ових болести, посебно када је реч о акутном инфаркту миокарда, јесу: хипертензија, хиперхолестеролемија, гојазност, односно смањена физичка активност и пушење. Истовремено постојање два или више фактора ризика удвостручује појаву срчане болести.

Глобално гледано, акутни инфаркт миокарда се јавља као последица деловања истих фактора кроз дужи временски период, што уз присуство иницирајућег фактора (стрес, неприлагођена физичка активност, хладно време) може проузроковати смањење или прекид артеријске циркулације у једној од коронарних артерија или њихових грана.

На основу података из литературе⁷ око 10 до 15 одсто пацијената који дођу у болницу са дијагнозом акутни инфаркт миокарда, заврши се летално. Статистика показује да се број оболелих од коронарних оболења срца смањује у многим развијеним земљама (Шведска, Холандија), али је у порасту у земљама у развоју и земљама у транзицији у које спада и наша земља⁵. То је алармантан података, с обзиром да је у периоду 1980 – 1990. година био заустављен пораст кардиоваскуларних болести захваљујући борби против фактора ризика, по моделу који су прихватиле све развијене земље Европе.³

Смртност од коронарних оболења срца опада и у Северној Америци и многим западноевропским земљама.⁴ У Шведској је, на пример, од 1979. године, када је достигнута највећа вредност стопе морталитета инфаркта миокарда, стопа у сталном паду, упркос знатном порасту старог становништва у популацији. Ово је постигнуто захваљујући јаким кампањама усмереним на елиминацију фактора ризика као што су, крвни притисак и ниво холестерола у крви, а пре свега због смањења пушења одрасле популације; побољшањем превенције, дијагностике и лечења.⁶ Јапан има ниску стопу исхемијске болести срца, али после миграирања у САД, нађено је да се Јапанцима ризик оболевања од коронарне болести срца повећава и приближава људима који су рођени у САД.⁵ Један од разлога могао би бити прелазак на нови начин исхране. Наиме, у исхрани Јапанаца заступљена је углавном риба, док су у Америци популарни ресторани брзе хране. Овај податак иде у прилог чињеници да стил живота има велики утицај на појаву коронарне болести, па се са разлогом очекује да 82 одсто будућег пораста исхемијске болести срца буде у развијеним земљама света.⁴

Закључак

Код одраслог становништва Београда у примарној здравственој заштити у периоду 1997–2003. година, општа стопа регистрованог морбидитета показала је лаган пад.

У примарној здравственој заштити три водеће групе болести су: болести система за дисање; болести циркулаторног система; болести мишићно-коштаног система и везивног ткива

У оквиру горе наведених група болести, водеће дијагнозе биле су опструктивне болести плућа у које спадају астма и ХОБП, синдром који обухвата хронични бронхитис и емфизем.

У групи система крвотока забележена је висока стопа оболевања од исхемијске болести срца и одржавање високе стопе оболевања од акутног инфаркта миокарда.

Збод одржавања високе стопе морталитета АИМ, потребно је указати на важност раног препознавања срчаног напада, адекватну дијагностику и одговарајуће лечење исхемијске болести срца.

У циљу побољшања здравља одраслог становништва, значајну улогу имало је веће учешће примарне здравствене заштите и превентивне, односно едукација опште популације и промена стила живота и навика и

елиминација фактора ризика. Програмски приступ о оквиру новог јавног здравља био би значајан допринос побољшању здравља опште популације.

Литература

1. Статистички приказ здравствене делатности у Београду за период 1997-2003. година, Издавач: Градски завод за заштиту здравља, Београд.
2. Статистички годишњак Београда. Издавач: Завод за информатику и статистику, Београд,
3. З. Димитријевић, П. Јелача, А. Шаулић, М. Пауновић: Смртност од инфаркта миокарда у београдским болницама као мерило квалитета здравствене заштите. Здравствена заштита, 1997.
4. Deth from coronari heart disease: www.who.int/cardiovascular-diseases/en/cvd.
5. WWW.WHO.int/cardiovaskular-diseases/en/cvd-Global burden of coronari heart disease.
6. Public Health Report, The National Board of Health and Welfare, Stockholm, 1988.
7. John Mils, Mary T. Ho, Donald D. Tunkey. Urgentna medicina, Savremena administracija, Beograd, 1989.
8. Станоје Стефановић: Интерна медицина, Медицинска књига, Београд-Загреб, 1989.
9. Зоран Радовановић: Најчешће болести и повреде: епидемиологија, стиологија и превенција, СИВИД, Београд, 2004.
10. Heart attack: <http://www.easttroy.k12.wi.us/hs/science/bot-tum/Adv%20Biologuy/cardi/cdisorder>.
11. WHO/Cardiovaskular disease: prevention and control <http://www.who.int/dietphysicalactivity/publication/facts/cvd/en>.

Стручни и научни радови**Перспективе развоја здравствене службе у ХХІ веку***В. Пешић¹**Увод**

Предвиђање развоја здравствене службе је главни задатак јавног здравља. Предвиђање и планирање омогућују да се донесу стратеријске одлуке на бази критички заснованих анализа. Планирање претпоставља познавање чињеница које се данас могу сагледати, а које су од утицаја на развој здравственог система. Ови фактори су бројни, али се могу класификовати у три групе:

- 1) задаци здравственог система
- 2) потребе становништва за здравственом заштитом, и
- 3) техничке и организационе карактеристике (могућности).

Задаци здравственог система зависе, с једне стране, од епидемиологије одређених болести и од фактора ризика за ове болести, а, с друге стране, од демографских и социјалних промена. Један пример ових промена јесте старење становништва које доводи до повећања учсталости хроничних и дегенеративних болести (кардиоваскуларне болести, малигна оболења, болести локомоторног апаратса и неуропсихијатријске болести). Поред тога, већина инфективних болести зависи директно од учсталости контаката између људи, у чему су урбанизација и хигијенски услови у транспортним средствима, у најширем смислу, фактори ризика за ширење великих епидемија.

Потребе становништва за здравственом заштитом зависе од социјалних, економских и културолошких могућности. Опште узев, ове потребе зависе од места које здравстве-

на заштита има у друштву, од начина финансирања здравства и од професионалних активности, почев од преверемених мера до неге и бриге за болесника у терминалним стањима. Овде је значајна улога медија, који формирају мишљење о здравственој служби и који преносе различите поруке о вредносним системима у друштву. Место које здравствена служба има у друштву зависи, такође, од могућности грађана (пацијентата) за коришћење здравствене заштите и од информисаности грађана.

Техничке и организационе карактеристике здравственог система базирају се на професионалним истукствима и консензустима. Тако, технолошке иновације у медицини прате логику и ритам, који не зависе само од потребе и захтева здравства, већ такође и од сопствене динамике науке и технологије. Поред тога, на односе између оних који захтевају заштиту (потребе болесника) и оних који то финансирају утичу бројне карактеристике здравственог система, као што је на пример доношење препорука за бригу о здрављу.

Предвиђање и планирање у здравству базира се на одређеној стабилности детерминишућих фактора, који могу да укажу на могући развој здравственог система. Специфичан задатак предвиђања (планирања) јесте да се утврди који су фактори који утичу на неповољне тенденције, а који на повољне тенденције, који су правци карактеристични за промене и који су фактори у стању да утичу на предвиђање будућих промена.

* Извор: Med Hyg 2000; (2117–2130).

¹ Прим. др сп. мед. Владимира Пешића, педијатар.

Један од начина који се користи за предвиђање (планирање) развоја јесте планификација на основу пројекције. Овде постоје озбиљне тешкоће, нарочито због приватне здравствене делатности.

Сценарио за будући развој здравствене службе обично се базира на квалитативним и квантитативним кретањима (променама) које се могу уочити данас, тј. у време припреме сценарија, који је, у ствари, једна фикција.

Различити сценарији служе, пре свега, да провере могућност прилагођавања одређене организације здравствене службе на промене које су могуће у будућности. Сценарији сумирају ове промене и њихове последице како би се формирала најбоља стратегија. Ради се, у ствари, о предлагању већег броја плаузибилних сценарија, како би се утврдила најбоља стратегија.

За прављење сценарија могу се користити савремена достигнућа информатике, на бази података из медицине, економије, социологије и идеолошких кретања.

Сценарији се праве на захтев државе, али и других институција и асоцијација заинтересованих за развој здравствене службе.

За израду сценарија ангажују се експерти из различитих области.

Детерминанте развоја здравственог система

Као што је већ наведено, прву стапу представља идентификација главних детерминанти (праваца) развоја здравственог система на средњи и дужи рок. Међу бројним факторима који се данас могу анализирати, од посебног значаја су пет следећих фактора:

- 1) демографска еволуција,
- 2) економске и политичке промене,
- 3) међународне економске активности,
- 4) научни (зnanstveni) и технолошки развој, и најзад,
- 5) развој система комуникација.

Сваки од ових фактора биће укратко коментарисан у даљем тексту.

Демографска еволуција

Еволуција демографске ситуације од фундаменталног је значаја за јавно здравље и здравствену заштиту.

Демографске промене у току последњег столећа биле су значајно изражене. Године 1900. број становника у свету износио је 1,6 милијарди, 2000. године тај број је достигао 6 милијарди, а очекује се да ће око 2050. године он достићи 8 или 10 милијарди, да би се на том нивоу стабилизовао.

Ове промене се објашњавају смањењем смртности, које се одвија брже него смањење (пад) наталитета, нарочито у неразвијеним земљама света.

Очекује се да у 2050. години број становника у Европи и обе Америке (Северна и Јужна) чини само 25% од укупног броја становника у свету.

У Европској унији 1999. године природан прираштај је износио 0,7%, што је најнижа стопа после Другог светског рата.

Старење становништва

Већина развијених земаља карактерише се „старом“ популацијом. То је последица смањења наталитета и продужења животног века. У Швајцарској ће у периоду између 1990. до 2035. године доћи до повећања броја становника старости од 65 до 79 година за две трећине, а број особа старијих од 80 година ће се дуплирати у истом периоду.

Главна последица овога на здравствену службу јесте повећање учесталости хроничних и дегенеративних болести, карактеристичних за старију популацију. То су, пре свега, кардиоваскуларне болести и карциноми, затим болести локомоторног апаратса и неуропсихичког система (депресија).

Миграције

Следећи век ће бити век великих миграција становништва због социјалних и политичких разлога, као и због утицаја еколошких фактора (климатске промене). Ово ће,

свакако, имати демографске и економске последице у многим деловима света.

У европским земљама не постоје вишe велике разлике у старосној структури становништва и националном богатству, које су постојале у почетку и у току XX века (разлике север-југ). Ове разлике се вероватно вишe нећe понављати. Насупрот томе, доћи ћe до кретања становништва са једног на други континент, посебно из Африке у Европу.

У периоду 1900–2000. године европско становништво се дуплирало (од 295 милиона, достигло је 524 милиона). Међутим, становништво земаља Магреба увећало се 7 пута (од 12 на 80 милиона), а становништво Египта и Судана 6 пута (од 16 на 100 милиона).

Утврђене су, такођe, разлике у старосној структури становништва. У Европи, укључујући и Русију, особе старије од 65 година чине 15% становништва, док у Африци чине само 3%.

Становници из ваневропских континената, а посебно из Африке, долазићe у Европу (тражићe посао). Миграција из Африке у Европу има географске и историјске разлоге.

Године 1990. између 10 и 30% египатског становништва радио је ван своје земље. У Западној Европи између 5 и 20% активног становништва (запослени) су странци.

Према Шенгенским (Chesngais) студијама „Европа постаје континент број један за имиграцију. Њено становништво почиње да се трансформише под утицајем арабизације, африканализације и исламизације. Ове историјске промене су неизбежне. Како треба ово регулисати, имајући у виду интересе појединачних групација, проблем је који ћe тек требати да се решава“.

Са становништва здравствене службе, главни проблеми су у вези са здравственим стањем (болестима) имиграционог становништва и, с друге стране, њихово лечење и запошљавање у здравственим установама. Посебан проблем представља инфекција ХИВ (лечење и превенција), која је у вези са миграцијом становништва.

Економске и политичке промене

Независно од потреба здравствене службе које су условљене напред наведеним демографским променама, здравствени систем се трансформише исто тако и због економских промена (на пример, када је у питању профитабилност здравствених установа). Поред тога, од утицаја су и политичке промене (расподела моћи) између државе и појединачних њених региона. Здравствена служба је директно зависна од ових промена, због њеног значајног места на социоекономској и политичкој сцени. Здравствена служба ангажује велики број људи.

У следећој деценији главни правац социјално-економског развоја здравственог система биће афирмативно оријентисање према слободном тржишту (приватна пракса), са истовременим слабљењем утицаја државе, или других комуналних организација. Ово одступа од традиционалног правног система у Европи, који је био гарант правичног приступа здравственим установама свим становницима.

Савремени тренд слободног тржишта у здравству настао је, с једне стране, због немогућности јавних (друштвених) механизама да регулишу (контролишу) потребе санитарних трошкова (буџета за здравство), и, с друге стране, због нездовољства грађана радом јавних (државних) здравствених установа, како што се тиче квалитета, тако и квантитета.

Овај тренд зависићe, такођe, од политичког (идеолошког) концепта који жели да нађe решења за све проблеме у здравству путем слободног тржишта, подразумевајући ту и сиромаштво. Ово се може видети у широко публикованом концепту Светске банке о инвестицијама у здравству.

Извори финансирања здравствених установа на слободном тржишту тек треба да се дефинишу. Доминантно место имају приватни корисници (платише). Међутим, не постоји потпуна аутономија (независност) између приватног (слободног) тржишта и друштвеног (јавног) финансирања, што се показало у САД.

Када се ради о перспективи развоја здравствене службе, могуће је формулисати четири тезе о будућности здравствених установа.

Прва теза односи се на разноврсност здравствених установа које користе грађани. Не постоји никаква механичка веза између слободног тржишта и разноврсности постојећих здравствених установа. Једино правило јесте да на слободном тржишту ова разноврсност здравствених установа зависи од директне економске рентабилности, док у случајевима када постоји државна контрола (регулација) здравствене службе, ова разноврсност ће зависити од социјалних и политичких критеријума, тј. од потребе становништва, и од ангажовања одређених групација становништва које врше притисак на државу. Овде још треба напоменути да слободно тржиште може да доведе до монополске концентрације здравствене службе (монополски односи).

Друга теза односи се на прилагодљивост (променљивост) здравственог система. Предност слободног тржишта је у томе што се брже прилагођава (менја) под утицајем нових потреба становништва. Али и то зависи од рентабилитета тих промена које захтева нова ситуација. Болнице и друге здравствене установе, ако нису рентабилне, слободно тржиште брже укида, односно радикалније менја.

Трећа теза односи се на развој потрошње унутар здравственог система, која прати општу тенденцију у економији развијених земаља. Ова потрошња (потрошачка појава) има различите аспекте, али се углавном своди на квалитет здравствене заштите и неге. Последица повећане потрошње у здравству може бити и осиромашење становништва, нарочито са јачањем приватизације здравствене службе.

Четврта теза може се илустровати ситуацијом у кантону Vaud, као месту где се налази универзитетска болница и медицински факултет. Ово је од утицаја на развој медицинске науке, едукацију стручњака и друге медицинске активности.

Здравствени систем који је оријентисан према приватизацији праћен је двема опасностима:

- прва је запостављање свих академских активности, које нису економски рентабилне за кратак период,
- друга опасност јесте да се истраживања оријентишу стриктно према стратешким и комерцијалним циљевима фирмама које финансирају медицинска истраживања (истраживачки центри и лабораторије у оквиру фармацеутске индустрије могу да послуже као доказ ових опасности).

Искуства из САД показују да је овај проблем лоше решен уколико слободно тржиште доминира у здравственом систему, нарочито када су у питању универзитетске болнице као део едукативног система уколико су у рукама приватника.

Интернационализација медицинских активности

Преговори вођени под патронатом Светске комерцијалне организације имали су значајне утицаје на здравствени систем. У ствари, целокупна здравствена служба, а не само фармацеутска индустрија и осигуравајуће агенције, морала би да се прилагоди слободном тржишту.

Интернационализација свих служби (делатности), а овде се подразумева и здравствена служба, постала је потребна у циљу економске експанзије. Овде се имају у виду дислокације појединачних здравствених установа (лабораторија и других служби) из једног места у друго, или из једне земље у другу, да би биле економски рентабилније. Ово се догађа не само у оквиру једне државе, већ и у већих региона.

Транспортне могућности су данас значајно побољшане, тако да је могуће да здравствене установе буду приступачне болесницима, чак иако су они стамбено врло удаљени од медицинских центара.

Табела 1. Календар иновација које се предвиђају у периоду 2005–2020. године.

| Година | Технички развој |
|--------|---|
| 2005. | <ul style="list-style-type: none"> • Персонални и портабл монитори биолошких функција • Испитивање (детерминација) комплетног састава АДН |
| 2010 | <ul style="list-style-type: none"> • Вештачко срце • Вештачке сензоријске функције |
| 2012 | <ul style="list-style-type: none"> • Роботи за свакодневну употребу у неким рутинским болничким пословима • Утврђивање генетских компоненти најчешћих (главних) болести |
| 2015 | <ul style="list-style-type: none"> • Индивидуални геном постаје (користи се као) саставни део медицинске документације (досије болесника) • Вештачка плућа |
| 2017 | <ul style="list-style-type: none"> • Ђелије вештачког мозга • Вештачка јетра |

Научни и технички развој

Већ неколико деценија технолошки развој у хемији, физици и биологији брзо се интегрише у медицинску науку, а затим, такође брзо, примењује у медицинској пракси. То ће се сигурно наставити и у следећим годинама. У **шабели 1** приказане су неке перспективе нових достигнућа у медицини почетком XXI века.

Технолошке иновације у медицини прате једну логику и један ритам који не зависи само од потреба здравствене службе већ од сопствене динамике развоја медицинске науке и технологије, као и од индустријских и комерцијалних фактора. Ово је праћено медијском презентацијом најновијих достигнућа у медицини, што има утицаја на стварање нових система (вредности) у медицини, па чак има утицаја на стварање нових система вредности у ширем смислу речи. Типичан пример представљају предвиђајућа достигнућа у превенцији неких болести и развоју генетских саветовалишта. Иновације у овим областима утицале су на дијагностику и лечење болести, али такође и на укупно функционисање система вредности у здравству.

Развој система комуникација

Развој и примена комуникационе технике (овде се има у виду и информатика) у здравственим установама још увек је у почетној фази. Ово се односи и на информисање становништва из области медицине (како да се сами грађани брину о свом здрављу и како да примењују терапију).

Исто тако, ово се односи на примену информационих система за лекаре и друге стручњаке у медицини. Велики значај се придаје досијеима болесника, коришћењу медицинске литературе и практичних упутстава за дијагностику и терапију (водичи и протоколи).

Интеграција комуникационих и информационих система (техника) у здравственом систему има повољне ефекте на обавештеност становништва и на усавршавање стручњака, тј. на њихову бољу компетентност.

Правне (јурисдиктивне) или комерцијалне форме развоја система комуникације још увек су у проучавању, али је данас јасно да је Интернет главни носилац овог развоја. У вези с тим је и развој индустрије информационих и комуникационих система.

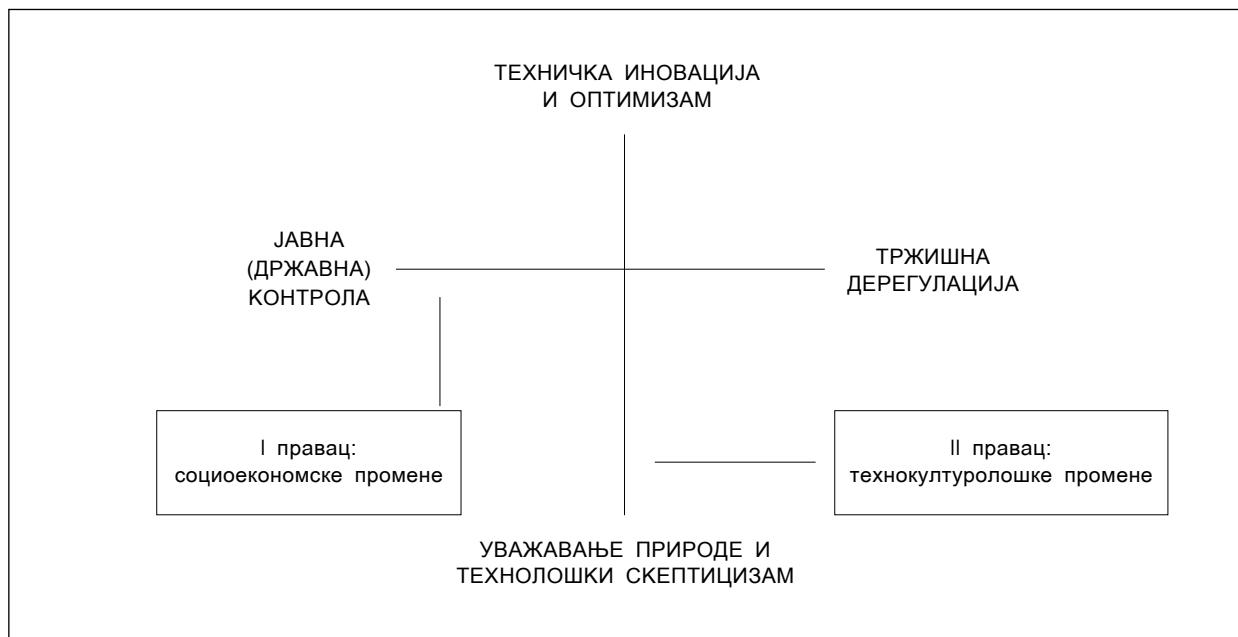
Основни правци промена

На основу напред наведених чињеница може се рећи да су у развоју здравственог система могућа два главна правца промена: први правац промена јесте социјално-економски, а други технолошки и културолошки (скраћено технокултурални). Сваки од ових праваца има своју идеолошку компоненту.

На **шеми 1** шематски је приказано како ова два праваца развоја могу деловати међусобно.

На четири краја ове шеме приказане су крајње могућности исхода деловања ових система, које може бити антагонистично.

Правац I (социјално-економске промене) налази се у процесу између комуналне (државне) рационализације и либерализације коју намеће слободно тржиште.



Шема 1. Правци промена.

Правац I (социоекономске промене) супротставља се јавном контроли и оптимизму, али подржава уважавање природе и скептицизам.

У даљем тексту биће са више детаља описаны садржаји ових праваца и њихови развојни антагонизми.

Социјално-економске промене, између јавне контроле и тржишне дерегулације (I правац)

Први правац развоја обухвата социјално-економске промене, овде се подразумева споразум социјалне солидарности и интернационализације здравственог система. Могућа су два антагонистичка пута развоја у оквиру овог правца промена:

- кретање које иде у смеру јачања државе (комуналне) контроле укупне економије, подразумевајући овде установе, нарочито здравствене установе. Ово кретање фаворизује рационализацију, што је у традицији Средње Европе, а то су једнакост и солидарност. Ова перспектива води ка државној (комуналној) контроли здравствених установа;

- савремено кретање према либерализацији укупног тржишта (овде се подразумева и тржиште здравствених установа и социјалних установа) стално се одржава и убрзава развој. Здравствене установе се формирају ван сваке реалне контроле јавности (државе). Ова перспектива развоја је у ствари масовна дерегулација здравствених установа.

Ове две крајње могућности су укратко описане у даљем тексту.

Јавна контрола здравствених установа

Овај концепт одговара класичном систему јавног здравља, чији је циљ рационална организација здравствене службе која одговара интересима грађана. Овај систем базира се на солидарности грађана одређеног подручја (заједнице) и на јавној контроли здравствене службе. Здравствена служба Енглеске углавном је заснована на овим принципима.

Овај систем обухвата и едукацију у здравству, распоред одређених кадрова и установа, у чemu држава има важну улогу.

Услов за реализацију оваквог система здравства јесте политичког карактера. Здравствена служба је централизована у битним делатностима и под државном је контролом. Овакав здравствени систем у складу је са постојећом политиком у другим областима, као што су школство, саобраћај и друго.

Једно професионално тело администратора је специјално формирено у циљу рада у домену здравства и оно је задужено да води, финансира и планира здравствену службу. Иницијативе здравствених установа су мале, често фрустрирајуће због спорости у адаптирању на технолошке новине. Буџет је фиксиран (ограничен) и извори финансирања су дириговани од стране државе. Дефицитарност у финансирању се компензује делимично интеграцијом и координацијом здравствених установа по вертикалном смеру.

У таквом систему организују се моћне професионалне корпорације чији је задатак заштита вредности система здравства (нарочито у односу на политичке притиске). Ове корпорације такође раде на формирању препорука (упутстава) за практичан професионални рад у одређеним областима медицине („guidelines“).

Професионално формирање (школовање) такође је под контролом државе и у томе постоји „numerus clausus“.

Дерегулација здравствене службе у условима слободног тржишта

Овај концепт развоја здравствене службе је све више актуелан (у развоју), јер се сматра да је слободно тржиште најбољи регулатор потреба за овом службом и најбољи гарант да ће здравствена служба бити организована на најрационалнији и оптималан начин.

Ипак, улога државе није сасвим искључења, јер она треба да гарантује постојање одређених здравствених установа које су независне од слободног тржишта. То су државне установе за мањи број грађана, којима је потребна социјална помоћ. Овде спадају и каритативне установе. Овај систем се данас најбоље може видети у САД.

Цена приватне здравствене службе је ве-роватно висока, због тога се овај систем лакше може применити у богатим него у сиромашним земљама.

Један од доминантних аспеката овог система јесте несигурност и могућа угроженост грађана у социјалном и здравственом погледу. Овај систем доводи до стварања „новог система вредности“. Неки аутори указују да „уништење начела заједништва и самарићанске традиције у болницама чине лекаре и медицинско особље слугама финансијера (инвеститора), а болеснике робу за оствари-вање профита“.

Технолошке и културолошке промене, између техничког оптимизма и скептицизма (II правца)

Други правац промена односи се на биомедицинску технологију и прихватање ових промена од стране јавности. Два антагонистичка правца развоја могу бити испољена у овом моделу.

а) Развој према пренаглашавању (процењивању) технологије и оптимизам грађана у нова достигнућа (минијатуризација, геномија, телекомуникација итд.). Ово је довело до наглог напретка у дијагностици и лечењу неких болести, нарочито хроничних болести. У овом случају, овај технолошки напредак добро је прихваћен у јавности.

б) Развој према неуспеху (промашају) у технологији и нездовољству јавности. Да-нас већ постоје покрети који се супротстављају биомедицинским иновацијама (истраживањима). Ови покрети се супротстављају у најширем смислу софистицираној технологији у медицини и истовремено заступају ставове „слатке“ (неинвазивна) медицине.

Технолошке иновације и културолошки оптимизам

Овај развој подразумева брз и континуи-рани прогрес медицинске технологије како у дијагностици, тако и у терапији и превенти-

ви. Рана дијагностика се односи на генетску дијагностику (депистажу) и депистажу неуропсихијатријских болести, а хемиопрофилакса на неке болести као што је, на пример, карцином колона. Овај технолошки развој је скуп, те намеће економске и социјалне проблеме.

Телекомуникација ће постати битан елемент здравствене заштите и неге, и она ће обезбедити сигурнији и квалитетнији мониторинг (контролу) болесника. Све више се користи телекомуникација између болесника и лекара, а у перспективи је теледијагностика и телетерапија (саветовање болесника код куће). Телекомуникација омогућује, такође, бољу сарадњу између лекара и другог медицинског особља (медицински техничари и остали стручни сарадници). Међутим, ту постоји опасност да се запостави лични контакт између болесника и лекара.

Овај правац развоја захтева и специфичну едукацију медицинског особља, нарочито што се тиче техничких иновација. Исто тако, бољу информисаност грађана о новим технолошким достигнућима у медицини.

Валоризација (поштовање) природе и технолошки скептицизам

Овај развој је могућ услед једне глобалне негативне перцепције (прихваташа) „прогреса“ и услед носталгије за „рајем“ из ере пре почетка знанственог развоја, тј. за време када свет није био угрожен променама у озонском омотачу планете Земље, када се није знало за киселе кишне и климатске промене праћене убрзаним загревањем Земље.

Овај општи развој, који подсећа да без ризика нема никаквог континуираног прогреса према рационалности, манифестује се у медицини одбојношћу према технолошким иновацијама. Ово неповерење је потенцирано и због ограничених могућности у лечењу многих болести (малигних и других) и због социјално-економских разлога (услови) за ширу примену неких нових и ефикаснијих метода лечења одређених болести.

Овај концепт фаворизује развој „слатке“

(традиционалне) медицине. Здравствена професија постаје све више и више анонимна, а професионална култура постепено се губи.

Овај концепт доводи, такође, до медицинске праксе која је дефанзивна и конзервативна и која се ограничава само на апсолутно сигурне, чак и мање ефикасне методе, што је данас случај са конвенционалном медицином. Често долази до мешања традиционалне и модерне медицине.

У сваком случају, медији имају врло значајну улогу. Стварају се неке врсте лобија у вођењу здравствене политике, који заступају различите ставове.

Главни услов реализације овог развоја је идеолошки, али исто тако и технолошки. Идеолошки фактори обухватају реалну политику у друштву (заједници) и техно-културални ниво друштва. Технолошки фактори обухватају могуће неуспехе и „ограничења“ у науци и медицинској технологији.

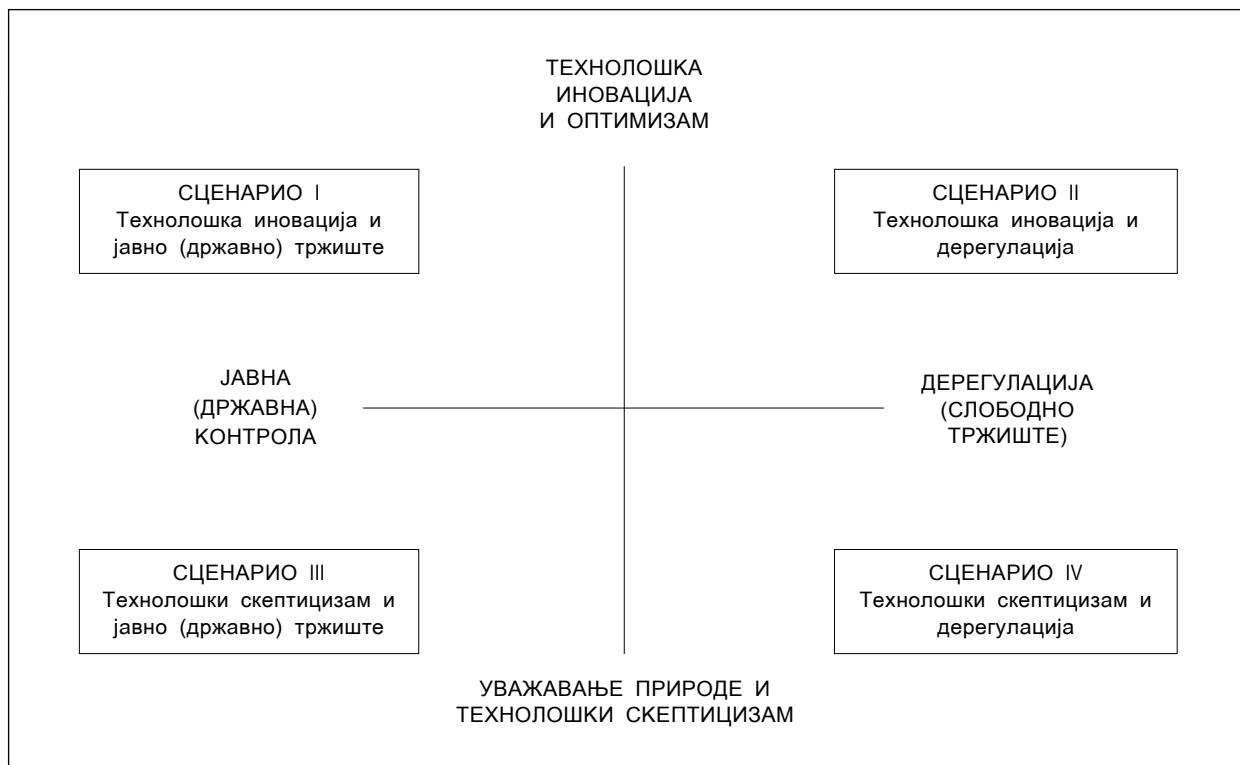
Четири могућа сценарија развоја

Развој здравствене службе који ће бити описан у следећем тексту представљен је у облику четири сценарија (*шема 2.*). Сваки могући сценарио може бити изменјен у току еволуције.

Технолошка иновација у оквиру јавног здравственог система (сценарио типа I)

Овај сценарио представља комбинацију здравственог система у коме држава има централну улогу у организовању и технолошких иновација (развој) који унапређује здравствени систем.

У овом сценарију здравствене установе настоје да се организују тако како би одговориле здравственим потребама грађана у условима социјалне солидарности. Овај сценарио користи резултате научног и технолошког развоја медицине у реалним оквирима. Овај технолошки напредак обухвата исто тако и техничку примену информација и комуникација међу здравственим установама.



Шема 2. Четири могућа сценарија развоја здравственог система.

Систематска процена квалитета програма има централну улогу и под контролом је националних и интернационалних организација. Она се односи и на практичне препоруке (упутства) за дијагностику и терапију. Пацијенти могу да учествују директно у одлучивању о програму.

Упркос добром квалитету овог система, постоје стална неслагања (тензије) између администрације у здравству и професионалног ентузијазма стручњака (лекара) за новом и ефикасном технологијом. То је проблем буџета (финансирања) здравствене службе, који је често ограничавајући фактор који отежава бржи развој здравственог система. Исто тако, проблем може бити и рационализација здравствене службе (дислокације, фузије, трансформације здравствених установа), која је често зависна од политичког система у друштву. Едукација здравствених кадрова руковођена од државе често је праћена „numerusclausosom“.

Основна карактеристика овог сценарија јесте контрола иновација у здравственом систему вођеном од државе.

Због свега наведеног, потребна је врло пажљива контрола свих учесника у систему. То су држава као финансијер, професионални кадрови, болесници и грађани у држави у којој се спроводи овај систем.

Технолошка иновација са дерегулацијом здравственог тржишта (сценарио II типа)

Овај сценарио представља значајну дерегулацију здравственог система са сталним напретком у биомедицинском и технолошком развоју. У овом систему држава и јавне здравствене институције су мало утицајне. Здравствене установе су, углавном, приватне. Технолошки развој је врло интензиван и екстензиван. Брзо се мењају методе и средства која се користе. Евалуација ефеката технолошког развоја је мање заступљена.

пљена и често недовољна. Доминирају најновија достигнућа и медицинској науци и технологији. Посебан интерес постоји за старије особе и оне су привилегована циљна група. Од великог значаја је маркетинг и масовни публицитет. Превенција болести и промоција здравља су запостављени у овом сценарију.

У оваквом систему неопходно је синдикално организовање ради заштите интереса грађана, што се тиче његовог здравља и лечења.

Едукација (формирање) кадрова је слободна и врло разнолика.

Основна карактеристика овог типа сценарија јесте да је један део становништва без могућности да адекватно користи здравствену службу и заштиту, због лоших економских и социјалних услова у којима се налази. Због тога се намеће потреба да се нађу механизми који ће омогућити социјалну корекцију, тј. праведнију здравствену заштиту и праведније коришћење савремених метода, било ангажовањем државе било уз помоћ каритативних организација.

Технолошки скептицизам у систему јавног здравства (сценарио III типа)

Овај сценарио подразумева државну контролу здравственог система у условима слабе модернизације (иновације) у медицини и скептицизам у деловање науке.

Основна карактеристика овог сценарија је мало коришћење технолошких иновација, због неповерења у научну и технолошку иновацију.

Држава има предоминантну улогу у овом сектору. Она гарантује укупну здравствену службу и бригу за све грађане. Медицинска активност укључује различите методе, као и тзв. слатку (неинвазивну) медицину. Здравствене установе зависе од буџета чији је извор порез који плаћају грађани. Медицинска пракса је усмерена више према максималној сигурности него према максималној ефикасности. Медицинска заштита је више дефанзивна, и избегава високе тех-

нолошке активности. Превенција болести и промоција здравља је у порасту, али према једној логици која није научна. То је нека врста „природне“ превенције, која користи опште мере заштите. Исхрана је битан фактор интересовања у здравственој заштити. Промоција здравља је више цењена него превенција болести, и велики значај се придаје социјално-економским детерминантама здравља.

Стручњаци ангажовани у здравственој заштити су организовани у различитим корпорацијама. Постоје, међутим, бројне „школе“ (правци) са различитим програмима и ставовима, што може често да буде узрок конфликтне међу стручњацима у начину лечења и прихватању нових метода.

Држава, гарант система у овом сценарију, има одређене тешкоће у регулисању ових професионалних и технолошких разлика. Едукација стручњака поверена је професионалним организацијама, али држава има главну реч у надзору.

Становништво (грађани) и болесници су укључени у систем здравствене заштите. Међији су, такође, активно ангажовани у информисању грађана.

Услови за реализацију овог сценарија су истовремено политички, технолошки и културолошки фактори. Држава има централно место у јавним службама. Доминантна култура у биомедицинској и технолошкој сferи манифестију се у одбацујућем технолошком опције (модернизације).

Технолошки скептицизам са дерегулацијом здравственог тржишта (сценарио IV типа)

Овај сценарио комбинује широку дерегулацију здравственог система у условима слабе медицинске иновације и неповерење у улогу науке.

Мањак биомедицинских иновација није проблем за слободно тржиште које се успоставља у здравственим установама. Здравствене установе су продате и коришћене су за „слатку“ (традиционалну) медицину. Држа-

ва је без утицаја, сем у неким случајевима регулисања минималног здравственог осигурања за читаво становништво.

Активност здравствених установа је значајно променљива и разноврсна. Она је првенствено оријентисана на хроничне болести.

Евалуација медицинске праксе је виртуелна или непостојећа, изузев гарантовања сигурности одређених процедура.

Превенција болести састоји се од медицинских и парамедицинских интервенција, превентивне акције у становништву су ретке, због недостатка заинтересованих комуналних установа. Насупрот томе, индивидуални савети су чести.

Здравствени стручњаци су организовани у бројним корпорацијама, зависно од његовог избора и од тога којој делатности (специјалности) припадају. Ове корпорације се боре нарочито против приватних организација, којима, мало по мало, припада читав здравствени систем.

Становништво (građani) и болесници интервенишу често у одлучивању о здравственом систему.

Услови за реализацију овог сценарија су истовремено политички, технолошки и културолошки. Држава се држи по страни од

јавних послова, медицина је конзервативна, а у култури доминира одбојност према актуелној биомедицинској технокултури.

Закључак

Ови сценарији представљају четири праваца према којима би могла да се развија здравствена служба у следећих тридесет до педесет година. Ови сценарији су могући и, према мишљењу аутора, сваки од ових модела има подједнаке могућности да се реализује.

Ови сценарији треба да буду анализирани, или прецизирани на детаљнији начин. Тако, на пример, могу се анализирати последице сваког од ових сценарија на основу бројних параметара, као што су величина и број болница, број амбуланти у одређеном региону, утицај државе, политика превенције итд. Да би се све ово могло урадити, најбоље је да се у ове студије укључе директно личности ангажоване у здравственој служби.

Наведена анализа сценарија развоја здравственог система намењена је онима који треба да одлучују и планирају у овој области како у мањим, тако и у већим регионима у свету.

Стручни и научни радови**Процес доношења одлука адолесцента**B. Томић¹**Decision making in Adolescents**

V. Tomic

Сажетак. Социјално-сихолошки, емоционални и бихевиорални развој адолесцената је под утицајем је бројних фактора из социјалног окружења. У раду ћемо указати на неке од тих фактора које сматрамо релевантним за процес доношења одлука.

Развојне промене у структури и динамици личности адолесцената карактеришу: Усложнјавање или дифренцијација структуралних комоненти и функционалних својстава и њихова интеграција у уравнотежен систем.

Развојне тенденције јављају се спонтано и на директан и индиректан начин делују на процес доношења одлука адолесцената у области репродуктивног здравља.

Кључне речи: адолесцент, одлучивање, самоефикасност, репродуктивно здравље.

Процес доношења одлука и комуникација кључни су за процес саветовања. Доношење одлука је процес у оквиру кога је могуће разликовати одређене фазе аналогне фазама процеса решавања проблема. Постоје различите врсте одлука које представљају решења у различитим ситуацијама. Тако постоје рутинске одлуке као што је опредељење да ли да одем у шетњу или останем код куће. Постоје оне које је же донети и за чије доношење морамо да бирамо између више алтернатива и избор

Summary. Social psychological, emotional and behavioural development of adolescent are under the influence of the numerous factors from a social environment. Our aim is to point out some factors which are relevant for process of making decision.

Developmental changes in the structure and dynamics of adolescent personality characterise processes of forming emotional, intellectual and motivational functions of adults.

Developmental tendencies which appear spontaneously influence on making decision of adolescents in the field of reproductive health.

Key words: Adolescent, making decision, reproductive health, selfefficiency.

може да има важне последице, за које се ипак не може рећи да су одлуке о проблему, нити да је прихваћено решење тачно. Могу се показати такве одлуке корисним мање или више, али и то тек у будућности. Такве су углавном одлуке које се односе на прихватање појединих аспеката понашања у односу на здравље.

Посматрано у контексту развојних карактеристика адолесценције, карактеристике које олакшавају процес доношења одлука су:

- Интересовања,

¹ Др сп. Весна Томић, Институт за заштиту здравља Србије „Др Милан Јовановић - Батут“.

- Освајање позиција аутономног карактера,
- Нагло повећање сазнајних капацитета,
- Когнитивно елаборирање емоција,
- Развијање тријаде: сазревање - учење - личне карактеристике,
- Развијање етичких принципа и моралне свести.

Карактеристикеadolесценције које отежавају доношење одлуке су:

- Несигурност,
- Дихотомизирани мишљење,
- Супротстављање ауторитету,
- Конформирање на социјални притисак,
- Осећај да нису подложни здравственим проблемима.

Самоекасност у доношењу одлука адолосценца

Бандурина теорија самоекасности нашла је своје широко поље примене у области репродуктивног здравља. Самоекасност је уверење појединца о његовој способности да изведе одређена понашања. Она представља везу између знања и акције, а уверење да неко може да изведе понашање обично се дешава пре него што неко одлучи да се понаша на одговарајући начин. Тако самоекасност утиче на избор понашања, место где ће се оно извести, као и количину напора који треба уложити у извођење одређеног понашања.

Нечије уверење у способност да изведе понашање важна је карика између знања о ономе што треба чинити и актуелног чињења. Постоји велики број различитих извора у здравственом васпитању који обезбеђују здравствене информације и повећавају жељу појединца да изводи посебно понашање што заједно не доводи нужно до бихевиоралних промена. Нпр., општа упозорења о безбедном сексуалном понашању, и посебно коришћењу кондома не обесхрабрују све младе да ступају у сексуалне односе без њихове употребе. Ова ситуација указује на недостатак способности неопходне да се користи кондом и доследно томе уверење да они нису у стању да га користе. Појединци треба да осете да су

способни за извођење одређеног понашања, пре него што то покушају да учине.

Знање о томе шта треба радити и уверење да неко може то да изведе нису једине детерминанте избора понашања приликом доношења одлуке. Особа мора да зна како да то изведе (вештина) и да жели да изведе понашање (мотив).

Шта значи овај појам у контекстуadolесцената и њиховог доношења одлуке?

Какоadolесценти уче да заштите и унапреде своје репродуктивно здравље?

Индивидуално понашање најбољи је показатељ способности извођења. Врло је значајно место где се изводи одређено понашање. Адолесценти често верују да могу да се понашају у једној ситуацији, али не на исти начин у некој другој.

Опсервација других који изводе одређено понашање без штетних последица може да створи очекивање појединца да и он може да изведе активност и докаже извођење са напором.

Вербално убеђивање једноставан је извор здравственоваспитних програма. Појединци могу да буду убеђени да имају способност да изведу понашање кроз приче других да они то могу да учине. Ефикасност очекивања која настају кроз вербалну персуазију обично нису тако снажне као ове настале кроз туђе искуство и индивидуално извођење.

Фазе одлучивања

У процесу одлучивања могуће је разликовати следеће фазе:

1. **Фаза непосредног притиска** је период у коме се доживљава нека тешкоћа - проблемска ситуација коју појединац треба да разреши. Непосредан и јак притисак тешкоћа може да доведе до тога да се прихвати као решење прва идеја која се понуди и да тако дође до пренаглашеног и лошег решења.
2. **Фаза идентификовавања и анализе проблема** – целиснодној одлуци мора да претходи процена о томе у чему је проблем. Шта је његов стварни узрок? Потребно је

разликовати проблемске ситуације које је могуће разрешити рутински, од оних за које постоје дилеме и за која постоје различита решења.

3. **Фаза тражења решења за проблем** – у овој фази разматрају се и нуде различите алтернативе. Када појединац доноси одлуку, алтернативе су идеје које му долазе на ум. Увек постоји већи број алтернатива, а евалуирање сваке од њих захтева ослобађање емоционалне напетости и рационално разматрање понуђених опција.
4. **Фаза антиципације последице спровођења одлуке** – после извршеног избора размишља се још један пут о оправданости избора. Ова фаза много је чешћа када се доноси нека индивидуална него групна одлука.

Ограниченошћ у одлучивању

Приликом доношења одлука људска рационалност је условљена и ограничена. Условљена је особеностима средине у којој се доноси одлука као и широм социјалном средином и условима који у њој делују. Средина је та која одређује које ће се алтернативе разматрати, а које игнорисати, које ће се последице прихватија неког решења узимати у обзир, а које неће. Избор се увек остварује према ограниченом, приближном и упрошћеном моделу реалне ситуације.

Процес одлучивања није доследан принципима логике и при њему се не узимају у обзир све објективно дате информације, јер поред утицаја средине на њега делују и многи психолошки фактори: мотиви, очекивања, ставови, предрасуде, различита емоционалан стања, особине личности.

У том контексту могу се издвојити следећи разлози због којих је процес одлучивања ограничено рационалан:

1. Одређеност мишљења положајем у социјалном простору тако што средина и време у коме живимо формирају наше оцењивање, знање, искуство, судове.
2. Идентификација са различитим групама које постају референтне. Њихови начини

понашања према здрављу и информације које од њих пристижу се уважавају, чак и онда када су штетне по здравље.

3. Пројектовање властитих ставова и вредности – доносе се одлуке о уверењу да они о којима се решава имају иста осећања и ставове као и они који доносе одлуке.
4. Глобално и неиздиференцирано мишљење – не води се рачуна о издиференцираности стварности нити се перципирају и уважавају индивидуалне разлике.
5. Дихотомизовано мишљење – све се види и оцењује као добро и лоше, као прно и бело.
6. Когнитивна кратковидост – узима се у обзир само оно што је непосредно уочљиво, занемарује се оно што је трајно и што може да се догоди у будућности.
7. Упрошћеност појмова – често се о појавама размишља линеарно и не види се њихова узјамна интеракција.

Анализирајући карактеристике особености развоја адолосцената могу се издвојити следеће персоналне диспозиције које отежавају њихово одлучивање. То су:

1. Одлагање;
2. Неодлучност и несигурност
3. Рационализација;
4. Избегавање личне одговорности;
5. Брезоплетост.

Саветницима можемо да препоручимо да помогну развој следећих особина личности адолосцента:

1. Поштовање особа;
2. Одговорност;
3. Интелигенција;
4. Самосвест;
5. Самопоштовање;
6. Оптимистички животни стил;
7. Уважавање сопствених потреба и потреба других;
8. Унутрашња мотивација;
9. Унутрашњи локус контроле;
10. Самоефикасност;
11. Етички принципи: моралност, савест.

Афективна социјализација подразумева појмове хуманости, социјалне правде, инте-

лектуалне храбrosti и представља нова обележја афективности адоелсцента.

Адолесценција представља период великих могућности за селективни избор материјала из кога ће се развити зрела личност и отвара спектар искустава пре него што се организација личности учврсти и до краја успостави. Али не смемо заборавити да адоелсцентно искуство увек собом носи одређену дозу стреса. Сви млади су у овој фази живота необични и непрепознатљиви у односу на то какви су били, а често и у односу на то какви ће да буду. Ова чинjenica не збуњује само одрасле и околину адолесцента, већ најчешће и њега самог.

Спратешће одлучивања

Када појединци доносе одлуке ретко бирају стратегију оптималне одлуке, такав поступак у одлучивању који би гарантовао најбоље могуће решење. Таква би стратегија захтевала прикупљање и оцењивање великог броја информација, разматрање свих могућих алтернатива и предности и недостатке сваког од њих. Управо због тих својих особина она је у пракси врло ретка.

Чешће се користи тзв. субоптимално решење при коме се брижљиво разматра могућност постицања једног од циљева који се желе постићи, а занемарују остали ефекти одлуке. Нпр., неко бирајући здрав начин живота у области репродуктивног здравља опредељује се за употребу кондома, али не одлази редовно у саветовалиште за контрацепцију. Тако да иако се овом одлуком постижу неки од циљева, одлука не задовољава очекивања.

Далеко чешћа је у пракси друга стратегија одлучивања, она при којој се тражи прихватљиво решење, оно са којим се може задовољити барем минимум очекивања. Таква стратегија омогућава да се створи ситуација боља од тренутне, иако не најбоља могућа. Она се разликује од стратегије тражења најбољег решења у следећем:

1. Решењем се осигурава само ограничен број решења;

2. Ограничен је број разматраних алтернатива, а прва која задовољава минималне захтеве биће прихваћена;
3. Проверавање алтернатива је ограничено;
4. Приликом проверавања алтернатива гледа се само да ли решење јесте изнад или испод границе минималних захтева.

Рационалност одлучивања не ометају само ограниченошт људских капацитета и стратегија минималних захтева. И сви други чиниоци о којима је било речи као о неповољним условима доношења одлука – превелика група, превелика моћ појединца, сукби и тензије, лоше руковођење и други доприносе томе да постоји само ограничена рационалност одлучивања. То се углавном односи на индивидуално одлучивање.

Фактори који утичу на доношење сексуалних одлука адолесцента

Постоји неколико фактора који утичу на то да се адолесценти упусте у сексуалну активност. Најчешћи међу њима су:

1. Љубав: може да утиче на то да адолесцент ступи у сексуални однос. Међутим, адолесценти често не знају шта значи љубав као ни то шта њихов потенцијални сексуални партнери осећа према њима.
2. Притисак вршњака: начин на који вршњаци опажају адолесцента често делује на његово опажање. Сексуални однос се често сматра активношћу у коју адолесцент мора да се упусти како би био део референтне социјалне групе. Адолесценти су takoђе под притиском вршњака супротног пола да постану сексуално активни.
3. Сексуална активност ради добити: односи се на размену за ствари, услуге, новац и друге материјалне и нематеријалне добити. Неки адолесценти се упуштају у овакву врсту односа да би испунили неке своје основне или секундарне потребе.
4. Насилан сексуални однос: не одлуче сви адолесценти да ступе у сексуалне односе. Понекад их на сексуалну активност примирају вршњаци или непознате особе.

- Адолесценти често не обелоданају да су били присиљени на сексуалну активност тако да саветник мора да опрезно и постепено испита ту могућност.
5. Непланирана сексуална активност: није необично да адолосценти кажу за сексуалну активност: „Напросто се догодило“, пошто они не планирају увек да имају сексуални однос. Они, према томе, не размишљају о томе како да заштите себе од непланиране трудноће и од сексуално преносивих болести, укључујући и ХИВ.
 6. Недостак моћи у односима које успостављају: пошто адолосценти нејчешће имају врло мало моћи или немају уопште моћи у својим сексуалним односима, они можда неће ни предузимати доношење сексуалних одлука. У таквој ситуацији, адолосценти могу да буду неспособни да кажу „не“ сексуалној активности и неспособни да преговарају или иницирају употребу кондома.
 7. Неспособност да кажу „не“ сексуалном односу: важно је препознати да ће неки адолосценти одабрати да наставе са сексуалном активношћу чак и онда када њихов старател/саветник мисли да би било боље да је одложе. Могу да постоје различити разлози због којих они одбијају да престану, што би саветник требало да истражује заједно са њима.
 8. Ставови према сексуалној активности: код адолосцената се управо на тим узрастима формирају ставови према сексуалној активности. Неки од њих мисле да је то начин да се дође до неких ствари, други могу да се стиде своје сексуалне активности. Веома је важно да саветник буде осетљив и пажљив у свом приступу проблему сексуалне активности приликом саветовања са адолосцентом.
 9. Заинтересованост: за сексуалне активности једно је од карактеристика овога узраста. Резултати истраживања обављеног у нашој средини пре 3 године показало је од свих области заштите и унапређивања здравља репродуктивно здравље је онај његов део који њих највише интересује, о коме желе да што више сазнају.

Важно је запазити да социјалне, економске као психолошке особености са којима се суочавају могу у великој мери да утичу на одлуку адолосцента да се упусти у сексуалну активност.

Пружање помоћи клијенту у доношењу самосталних, добровољних и информисаних одлука

Пружање помоћи клијенту у доношењу добровољних и информисаних одлука понекад може да буде ствар потврђивања одлуке коју је клијент донео пре него што је ушао у саветовалиште. Са друге стране, то може да значи да се клијенту пружа помоћ да размотри одређене теме и одмери неколико опција како би дошао до своје одлуке. Иако циљ здравственог радника може да буде пружање помоћи особи да донесе сопствenu одлуку, често је процес доношења одлуке под великим утицајем сродних очекивања у клијентовом социјалном окружењу или велике неравнотеже у личним односима који могу да ограничавају клијентов капацитет за доношење одлуке.

Саветовање може и треба да се бави свим овим факторима. Стога процес доношења одлука дефинисан као кораци у саветовању садржи следеће фазе:

1. Идентифковање које одлуке клијент треба да донесе у овом сусрету;
2. Идентифковање клијентових опција за сваку одлуку;
3. Одмерити користи, недостатке и последице сваке опције;
4. Помоћи клијенту да донесе сопствену реалистичну одлуку.

Свака од наведених фаза може се разделити на следеће кораке:

1. Идентифковање коју одлуку клијент треба да донесе у овом сусрету
 - 1.1. Помозите клијенту да направи приоритете међу одлукама, да одреди ону која му је данас најважнија.
 - 1.2. Објасните значај клијентовог самосталног доношења одлуке.

2. Идентификујте које су клијентове опције за сваку одлуку
 - 2.1. Важна улога здравственог радника је да изложи различите одлуке које клијент може да донесе и да истражи последице сваке од њих. То оснажује клијента да начини сопствени избор, што је кључна ствар у подршци остваривања сексуалних и репродуктивних права клијента.
3. Одмерите користи, недостаке и последице за сваку опцију
 - 3.1. Уверите се да разговор центрира на опције које одговарају потребама клијента, узимајући у обзир њихове преференције и бриге.
 - 3.2. Пружите детаљније информације, уколико је неопходно, у вези са опцијама које клијент разматра.
 - 3.3. Размотрите на кога би још одлука могла да утиче.
 - 3.4. Истражите са клијентом како би партнери или породица могли да реагују у односу на предузете акције (у односу на предлог за коришћење кондома или за разговор о сексуалности са партнером).
4. Помозите клијенту да донесе сопствену реалистичну одлуку
 - 4.1. Питајте клијента која је његова одлука (коју је опцију одабрао).
 - 4.2. Нека вам клијент објасни сопственим речима зашто је донео ту одлуку.
 - 4.3. Проверите да ли је то клијентов сопствени избор, ослобођен притисака од партнера, члanova породице, пријатеља или здравственог радника.
 - 4.4. Помозите клијенту да процени да ли ће стварно спровести своју одлуку, с обзиром на везу коју има, породични живот, економску ситуацију или неке друге услове.

Помоћ клијенту у развоју вештине које су му йош требне за доношење одлуке

Доношење одлуке са неким проблемом репродуктивног здравља или потребом први је корак у клијентовом сусретању са њего-

вим потребама. Клијент тада мора да напусти саветовалиште и да одлуку спроведе самостално.

Неке одлуке (нпр., о употреби кондома) ће захтевати непрестану акцију како од стране клијента тако и од стране партнера. Друге одлуке (нпр., убеђивање партнера да се тестира на ХИВ) захтевају да клијент утиче на понашање неког другог.

Могуће је у пракси издвојити следеће кораке за спровођење одлуке:

1. Направите конкретан, специфичан план за спровођење одлуке:
 - будите одређени, працизни;
 - питајте о могућим последицама плана;
 - питајте о подршци других људи.
2. Идентификујте вештине које су потребне клијенту да би спровео одлуку:
 - вештине комуникације са партнером и вештине преговарања;
 - вештине за употребу кондома;
 - вештине за употребу других метода за планирање породице.
3. Провежбјајте вештине са клијентом, уколико је то потребно.
4. Направите план праћења
 - позовите клијента да дође на контролу да би добио даљу подршку у доношењу одлука
 - дајте клијенту упуте за здравствене услуге које може да добије у вашој установи.

Прејоруке за рад на осиособљавању адолесцената за доношење одлуке

У завршном делу овога поглавља даћемо неке практичне савете за рад саветника са адолосцентима, а све у контексту процеса доношења одлуке и имајући у виду њихове узрасне особености.

1. Покажите разумевање, бригу, поверење.
2. Будите стрпљиви, не прекидајте адолосцента док говори.
3. Дајте информације: корисне по садржају и оптималне по квалитету.

4. Објасните им информације које им дајете.
5. Проверите да ли је разумео и запамтио дате информације.
6. Помозите ономе кога саветујете да направи сопствени избор.
7. Научите га да прихвати одговорност за своје здравље и здравље ближњега.
8. Развијте партнерски однос са адолосцентом – третирајте га као равноправног и поштујте.
9. Будите отворени и директни у интеракцији са адолосцентом.
10. Оспособите га да препозна унутрашњи локус контроле над својим животом – да може да преузме извесан степен контроле над својим животом.
11. Помозите му да развије унутрашњу мотивацију.
12. Вежите информације за позитивне атрибуте репродуктивног здравља, не на страху од нежељених последица.
13. Развијте емпатију (разумевање и прихватање).
14. Помозите адолосценчу да постане свестан својих осећања и да се суочи са њима.
15. Не реците адолосценчу: „Не треба да бринеш због тога“.
16. У идентификовању проблема покушајте да га разумете онако како га ваш клијент опажа и доживљава.
17. Никада не убеђујте адолосцента да прихвати ваш савет.

Мотивишите адолосцента да изврши правилан избор самонаграђивањем.

Како остварити да адолосцент изврши самосталан и здрав избор понашања у односу на репродуктивно здравље?

1. Самонаграђивање користите када је понашање тешко променити.
2. Када клијент сам одабере здраво понашање које жели да оствари.
3. Дозволите да адолосцент сам изабере своје награде.
4. Награде треба да су нешто што је на сваки начин добро за адолосцента.

Укажите клијенту да је његова одлука:

1. Изабрана.
2. Да је за њу одговоран.
3. Извор понашања чије ефекте он може да процени.
4. Извор понашања које други процењују.

Оспособите клијента за:

1. САМОРАЗУМЕВАЊЕ
2. САМООБЈАШЊАВАЊЕ
3. САМОСТАЛНО ОДЛУЧИВАЊЕ.

Закључно размаћрање

По савременом концепту адолосценција се третира као посебна фаза развоја која траје скоро деценију животног циклуса. То је период који траје од 10. до 19. године живота и у коме се дешавају значајне промене како у анатомским, физиолошким и емоционалним функцијама, тако и на нивоу међуљудских односа.

Билошки адолосценција започиње репродуктивном способношћу, а завршава се усправљањем физичког развоја.

Психолошки, адолосцент је особа у прелазном периоду између понашања типичног за дете и понашања које карактерише одраслу особу.

Са социолошког становишта то је период усмеравања и избора будуће професије, обучавања за ту професију, као и период повећане независности у односу на родитеље.

Оно што је посебна карактеристика овог периода јесте појава читавог низа битно нових квалитета. Заправо, хормоналне промене које објављују почетак пубертета претходе адолосценцији и снажно и нагло прекидају и ремете „мир“ периода латенције.

Тело адолосцента се развија изазивајући значајне промене и мењајући пропорције брже него што је млада особа у стању да се на њих привикне. У сопственом телу адолосцент се не осећа као „код куће“, него га често то онеспособљује чинећи га смешним и незграпним.

Истовремено, нови социјални захтеви који се постављају пред њега најчешће су недовољно разумљиви за њега, те он није у

стану нити да их избегне нити да их испуни до краја.

Све у свему, то је критична фаза развоја у којој личност доживљава дубоки преображај.

У области репродуктивног здравља, мно-
ги адолосценти се боје да се у свом исказивању љубави неће снаћи са вршњацима су-
протног пола. Први сексуални контакти обично младима не пружају много ужитака.
Код младића су ти први сексуални контакти испуњени нервозом, журбом, несигурношћу.
Код девојака су често помешани са осећањем страха од нежељене трудноће. Ако се ради о односу са непознатом особом, онда је присутан и страх од полне заразне болести.

За младе се не може рећи да су опседнути сексуалним проблемима. Зато су они мно-
го више заузети решавањем питања која произилазе из друштвеног притиска да се на овај или онај начин укључе у обавезе што их намеће полна припадност. Тако су родитељи „забринути“ када виде да њихова одрасла ћерка још „нема дечка“, па је нестрпљиво на-
говарају да некога нађе. Младићеви родитељи удешавају да он остане код куће сам са девојком. А присутан је и утицај литерату-
ре, позоришта, филма, телевизије.

Након пубертета младић или девојка тре-
ба дефинитивно да преузму своју сексуалну улогу. Ако је њихов развој био нормалан и ако су сазревали у повољној средини код њих ће се учврстити хетеросексуалност - сексуална склоност према особама супротног пола.

Типичне карактеристике личности адолосцента су добро познате. Оне се крећу од не-
сигурности, нестабилности расположења, егоцентричности до подложности спољашњим утицајима и жеље да се буде успешан. Ма како то изгледало, управо из овакве типичне развојне структуре адолосцента произаћи ће физички, интелектуално, емоционално и социјално зрела одрасла особа, независна и самостална личност зрела и од-
говорна како према своме здрављу тако и здрављу свог партнера.

Литература

1. Рајин, Г; Радојевић, М; Томић, В. и сар: Приручник за саветовање са адолосцентима у области заштите репродуктивног здравља, у штампи.
2. RINEHART, W; Rudy, and M. Drennan. 1998. GATHER guide to conseling. Population Reports, Serias (48).
3. Рот, Н. 1980. Социјална интеракција II, ДПС, Београд.

Стручни и научни радови**Превенција и контрола болничких инфекција у новом миленијуму***В. Шуљагић¹

Болничке инфекције (БИ), један су од најзначајнијих изазова у савременој медицини. Оне компликују лечење, повећавају број дана хоспитализације и трошкова лечења, а неретко су праћене и смртним исходом.¹ Као настају током хоспитализације, оне су свакако тачан индикатор квалитета рада једне болнице.

Подаци Института медицине, у Сједињеним Америчким Државама (САД), указују да су ове инфекције одговорне за 44000–98000 смртних случајева годишње, а да здравствене фондове коштају 17–29 милијарди долара у истом периоду.² У Енглеској 100000 БИ годишње узрокује 5000 смртних случајева и трошкове од 1,4 милијаде фунти.³

Све ово је допринело да програми превенције и контроле БИ постану саставни део дневне праксе у болницама развијених земаља. Иако се пионирима контроле инфекције и болничке епидемиологије сматрају Ignatia F.Semmelweis и Florence Nightingale, који су живели и радили у другој половини 19. века, организованији приступ овом проблему и увођење систематског надзора над БИ започиње у САД 1958. године. То је био одговор на епидемијско ширење БИ узрокованих *Staphylococcus aureusom*.⁴ Центри за превенцију и контролу болести из Атланте 1970. године препоручују болницама у САД да уведу радна места за техничара-сестру за контролу инфекција и за болничког епидемиолога. У том, почетном периоду једна сестра за контролу инфекције била је довољна за

спровођење надзора код болесника у 250 болничких постельја, док је данас тај број значајно смањен, па се препоручује да једна сестра за контролу инфекције спроводи надзор код болесника у 110 болничких постельја.⁵

Три су основна циља у раду професионалаца приликом контроле инфекције:⁶ заштита болесника, заштита здравственог особља, посетиоца, али и болничке средине од контаминације и, када год је могуће, претходна два циља би требало испунити уз минималне трошкове.

Посебан изазов и већу активност поменутих стручњака захтева приступ у превенцији и контроли инфекција узрокованих новоискрслим патогенима, попут приона, узрочника SARS-а, потенцијалним узрочником нове пандемије грипа, потенцијалним узрочницима биотерористичког напада. Ипак, сада, али и у будућности, највише енергије је потребно уложити у програме превенције и контроле класичних, најучесталијих, бактеријама изазваних БИ: инфекција мокраћног система, болничких пнеумонија, инфекција оперативног места (ИОМ) и болничких инфекција крви. Нерационална примена антибиотика и ширење антимиокробне резистенције, како у болничким тако и у ванболничким условима, свакако ће ове инфекције и у новом миленијуму чинити актуелним.

У земљама у којима се проблему епидемиологије БИ поклања одговарајућа пажња изводи се и велики број клиничких студија

* Из Војномедицинског прегледа 8/2006.

¹ Доц. др сц. мед. Весна Шуљагић, Војномедицинска академија, Одјељење за превенцију и контролу болесничких инфекција, Београд.

из ове области, а резултати се публикују као у уско специјализованим часописима (*Infection Control and Hospital Epidemiology*, *American Journal of Infection Control*, *Journal of Hospital Infection*), тако и у другим медицинским, стручним часописима. У нашој медицинској стручној јавности проблем БИ попало почиње да бива сагледаван на прави начин. У прилог томе говоре радови који су се нашли у овом броју Војносанитетског прегледа. Један указује на савремени приступ у спровођењу епидемиолошког надзора над БИ, који у Србији данас изводе специјализоване службе само у две здравствене установе: у Клиничком центру Србије и Војномедицинској академији (стр. 725–729). Други рад (стр. 748–752) приказује резултате савремене, кохортне, проспективне студије ИОМ изведене у Институту за ортопедију и трауматологију Клиничког центра Србије. Осмишљен је и написан према принципима савремене болничке епидемиологије. У њему се код наших болесника први пут у процени ризика за настанак ИОМ сагледава значај скора Америчког удружења анестезиолога (ASA скора) и индекса Националног система надзора у САД (NNIS индекса), који су неопходи параметри за спровођење епидемио-

лошког надзора и давно прихваћени у рутинском раду у развијеним земљама.

Надам се да ће ове радове пажљиво читати они који се са проблемом БИ, а пре свега ИОМ, срећу у свакодневном раду, а не само болнички епидемиолози.

Литература

- Burke JP. Infection control – a problem for patient safety. *N Engl J Med* 2003;346(7),651/6.
- Institute of Medicine. To err is human. Washington, National Academy Press, 1999.
- Mayor S. Hospital acquired infections kill 5000 patients a year in England. *BMJ* 2000;321(7273),1370.
- American Hospital Association. Prevention and Control of *Staphylococcus* infections in hospitals. In: US Public Health Service – Communicable Disease Center and National Academy of Sciences Research Council. Proceeding of the National Conference on Hospital – Acquired Staphylococcal Disease. Atlanta, Communicable Disease Center, 1958.p. 23/26.
- WHO world alliance for patient safety. Global patient safety challenge 2005/2006. Pittet D. Prevention of vascular access line infection in intensive care. Available from http://www.who.int/patientsafety/events/05/Dider_Pittet.pdf.
- Scheckler WE, Birmhall D, Buck AS, Farr BM, Friedman C, Garibaldi RA, et al. Requirements for infrastructure and essential activities of infection control and epidemiology in hospitals, A consensus panel report. Society for Healthcare Epidemiology of America. *Am J Infect Control* 1998;26 (1),47/60.

Стручни и научни радови**Временске прилике, еко систем и здравље***В. Гбурчик¹

У Европи у последњих 10 година, у односу на претходни период, удвојен је број природних непогода изазваних глобалним отопљавањем (поплаве, суше, олујни ветрови, екстремне температуре). На здравље људи време и клима утичу директно и индиректно, посебно у садашњим условима дестабилизованог климатског система и изражене промењивости климе. У директне последице по здравље спадају:

- Термални стресови изазвани екстремним температурама. Излагање људи екстремно високим, као и екстремно ниским температурама може имати тешке последице. Групе високог ризика су мала деца, старији људи и хронични болесници (посебно од кардиоваскуларних и респираторних оболења).
- Последице директног излагања сунцу при високим индексима ултравибичастог (UV) зрачења могу бити веома тешке као што су: канцер коже, катаракт и слабљење имунолошког система.
- Последице синергетског дејства временских услова и лошег квалитета ваздуха. Пример за такво дејство је лето 2003. године када је Европа била погођена врелим таласом без преседана. У интеракцији сунчевог зрачења са азотовим оксидима из саобраћаја и индустрије дошло је до великих концентрација приземног озона. То је проузроковало тешке последице, а забележен је велики број смртних случајева од топлотног удара и тровања озоном у градовима. У Француској је умрло око 14000 људи.

Из ових разлога, почетком овога лета многе европске земље упозориле су на то

да ово лето може бити слично или чак то-плије од лета 2003. године и припремиле читаве програме обавештавања становништва како да се понаша у тим условима.

- Повреде изазване временским непогодама и катастрофама (поплаве, суше, олујни ветрови). Статистички подаци Светске здравствене организације показују тренд повећања оболења или повреда изазваних наведеним узрочима.

Индиректни утицаји на здравље углавном су везани за промене које се дешавају под утицајем климатских услова у:

- *Екосистемима.* Због пораста температуре у приземном слоју атмосфере дошло је до промена броја и активности вектора и инфективних паразита; агенаса инфекције који се преносе путем воде и хране. Тако је под утицајем климатских промена већ створена нова епидемиолошка карта. Због пораста температуре, број појава инфекција салмонелом расте у свету. Повећан је број оболења која се преносе путем воде, укључујући и колеру и крипто-споридиозу (акутна дијареја је већ главни узрок смрти код деце у неким европским земљама), као и оболења која се преносе путем вектора и паразита (маларија се већ појавила у деловима САД и Европе и очекује се даље ширење). Крпељи се све више шире и повећава се појава крпељског енцефалитиса (појавио се и у јужним деловима Скандинавије). Денга грозница (карактеристична за Африку) коју преноси врста комарца који се већ адапитрао на

* Из: Политика, 20. август 2006.

¹ Верица Гбурчик, метеоролог.

климу Европе и присутан је на Балкану и у Италији.

- *Квалитету ваздуха.* Климатски услови често погодују већим концентрацијама аерозагађења, а отопљавање директно узрокује и веће концентрације полена и спора у ваздуху што је узрок повећаног броја оболелих од алергија.
- *Инфраструктури.* Природне непогоде наносе штету инфраструктурним објектима што изазива стресове, лоше хигијенске услове (на пример, при поплавама) и тиме услове за инфекције и епидемије.

Дакле, нема виште сумње да се клима мења под утицајем људских активности и да то наноси огромне материјалне штете и тешке последице по здравље. Једини излаз је у коришћењу чистих облика енергије и, пре свега, обновљивих извора (сунце, ветар, биомаса и др.). Међутим, чак и када би се одмах ригорозно почела примењивати мера редукције и елиминације узрока отопљавања (емисије штетних супстанци у атмосферу), процес се не би одмах зауставио јер се ради о дугорочним процесима и супстанцима које имају дуг животни век.

Стручни и научни радови**Национална стратегија о старењу****M. Рашевић¹*

У складу са препорукама и обавезама Мадридског међународног плана акције о старењу из 2002. године, Регионалне стратегије његове примене Економске комисије Уједињених нација за Европу и Закључцима VI Геронтолошког конгреса (Врњачка Бања, 2002), Влада Републике Србије је пред усвајањем Националног плана акције о старењу. Овај стратешки документ деловања у временском периоду од 2006. до 2015. године иницирао је и прихватио Савет за питања старења и старости Владе.* Представља одговор на феномен старења популације са свим последицама које оно доноси на микро и на макро нивоу, као и покушај да се ублажи цена процеса транзиције социо-економског система.

Друштвени контекст

Централна Србија и Војводина спадају у подручја где је демографски процес старења достигао велике размере. Према резултатима пописа становништва спроведеног 2002. године више од 900.000 лица у Централној Србији и око 300.000 лица у Војводини, односно шестина становништва обе популације, стara је 65 и више година. Према проценама Центра за демографска истраживања Института друштвених наука данас у Србији (ван подручја Косова и Метохије) живи 1 274 155 особа са 65 и више година или 17,1% популације је старо. Дубина процеса старења становништва се врло илустративно

може сагледати анализом старосне структуре на нивоу мањих територијалних јединица. Она наиме показује да су, демографски посматрано, чак 157 од 161 општине у Централној Србији и Војводини старе општине. Изузети су Прешево, Тутин, Бујановац и Нови Пазар са уделом старог становништва мањим од 15%. Демографски најстарије општине су Црна Трава и Гаџин Хан у којима је сваки трећи становник старији од 65 година. Према последњем попису становништва одговарајући удељи су 36,1 и 35,6.

Старење популације је реалност и у развијеним земљама и у земљама у развоју. Међутим, релативно посматрано, популације развијених земаља су демографски најстарије. У 2003. години, међу европским популацијама, најстарија земља је Италија. Пре-ко 18% Италијана има 65 или више година. На листи демографски најстаријих земаља затим следе Немачка, Грчка, Шведска, Шпанија, Белгија и Бугарска у којима удео лица старијих од 65 година износи између 17,0 и 17,5%. На осмом месту се налази Србија (територија ван подручја Косова и Метохије) са висином удела од 16,8. Штавише, када се као индикатор старости становништва посматра просечна старост, становништво Србије, односно Централне Србије и Војводине, са старошћу од 40,4 године у 2003. години, налази се у групи од пет демографски најстаријих европских држава заједно са Италијом, Немачком, Бугарском и Шведском (Council of Europe, 2004).

* Национални план о старењу припремила је радна група Савета за питања старења и старости Владе Републике Србије у саставу: Мијана Рашевић (руководилац), Младен Давидовић, Лидија Козарчанин, Надежда Сатарић, Јиљана Жикић, Ивана Мишић, Петар Манојловић, Светлана Живанић и Јасмина Веселиновић.

¹ Мијана Рашевић, Институт друштвених наука, Београд.

Старење становништва је дубоко законит процес настао, пре свега, услед хомогенизације репродуктивних норми на ниском нивоу и јасних препрека да се оне остваре, али и несумњивог смањења смртности становништва. Интензиван процес старења становништва Србије током 1990-их година био је узрокован не само константним падом нивоа рађања већ и специфичном стапосном структуром миграционог салда (негативан миграциони салдо младог и млађег средовечног становништва, позитиван миграциони салдо старијег средовечног и старатог становништва). Одлучујући фактор старења популације у већини развијених земаља последњих година је пад морталитета становништва старог 65 и више година. Централна Србија и Војводина, пак, бележе супротне тенденције. Мада неминован, демографско старење је истовремено процес чије се последице не могу игнорисати. Поготово зато што је извесно да ће се у непосредној будућности значајно повећати и број и удео старијих лица.

Кад је реч о Србији ван подручја Косова и Метохије, резултати свих шест варијанти аналитичких пројекција Центра за демографска истраживања Института друштвених наука указују да ће се процес популационог старења континуирано наставити у првој половини XXI века и да ће бити врло интензиван (Пенев, 2005). Број особа старијих 65 или више година ће се повећати за трећину (са 1.243 хиљаде колико је износио 2002. на око 1.640 хиљада у 2052. години), или за по 8.000 лица годишње према свим варијантама, осим оне која се базира на константном морталитету. Удео старијих у укупном становништву ће се за педесет година, у зависности од варијанте пројекција, кретати од 18,7% до 27,5%. Нарочито интензивно ће бити старење популације старијих. Према средњој варијанти пројекција број особа старијих 80 или више година за пола века ће се утројити (са 143 на 414 хиљада) и представљаће четвртину укупног броја старијих, односно удео најстаријих ће се у укупној популацији повећати са 1,9 на 6,2%.

Поред озбиљног демографског стања, *Национални јавни акције о стварењу* (у даљем тексту План) доноси се и у условима тешког социо-економског положаја старијих. То показују налази два репрезентативна истраживања. Прво истраживање је током 2000. године спровео Институт за заштиту здравља Србије на узорку од 1.324 жена и 978 мушких старијих од 65 година (Јањић, Нешић, 2002). Навешћемо најупечатљивије резултате.

- Готово свака пета анкетирана (18,8%) старија особа живи сама.
- Свака трећа анкетирана особа је удовица, односно удовац.
- Свака десета старија особа прима социјалну помоћ или је без прихода.
- Издачи за исхрану доминирају у структури потрошње. Но и поред тога, млеко свакодневно користи мање од половине анкетirаних.

Резултати репрезентативне анкете о животном стандарду становништва Србије из 2002. године су показали да је стопа сиромаштва старијих лица (14,7%) значајно виша него просечна (10,6%). Битни налази су и да су жене старије од 65 година сиромашније у односу на мушких лица исте старости (15,2 према 14,2%); међу старијим лицима су најугроженији они најстарији (стопа сиромаштва 21,2% међу старијим преко 80 година); највећу стопу сиромаштва, посматрано по образовању, имају старији лица без основне школе (20,1%); најсиромашнији су стари у Југоисточној Србији (стопа сиромаштва 26,1%); и висока стопа сиромаштва (18,6%) у руралним насељима је потврђена и за категорију старијих (Мијатовић, 2003). Истовремено, постоје јасне слабости у институционалном и инструменталном задовољењу потреба старијих особа.

Принципи

План је изграђен на следећим основним принципима:

- доживотни развој појединца,
- унапређење и заштита свих људских права и основних слобода,

- обезбеђивање економске и социјалне сигурности и квалитета живота у старости,
- омогућавање пуне интеграције и партиципације старијих људи у заједници,
- елиминација свих облика друштвеног замаривања услед опадања функционалних способности у старости и инвалидности.
- ангажовање на остваривању родне једнакости,
- поштовање различитости и последично другачијих потреба међу популацијом стarih,
- промовисање интергенерацијског и интрагенерацијског трансфера, солидарности и дијалога,
- успостављање партнериства на свим нивоима владе, цивилног друштва, приватног сектора и између самих старијих људи,
- остваривање једнаких могућности за све,
- афирмирање одговорности.

Циљ

Главни циљ Плана је стварање интегралне и координиране политике, засноване на савременим научним сазнањима, која ће друштво и привреду Србије, пре свега здравствену и социјалну заштиту, тржиште рада и образовање, ускладити са демографским променама како би се створило друштво за сва животна доба, које посебно тежи да задовољи потребе и ослободи неискоришћене потенцијале старијих људи.

Старешки правац и активности

Полазећи од изнетог циља и основних принципа, План утврђује скуп међусобно повезаних обавеза у различитим областима политике, организованих око десет стратешких правца акција и конкретних мера које из њих следе, да би се адекватно одговорило на вишеструке и испреплетене изазове и околности настале старењем становништва и да би Србија постала друштво за све узрасте и старење у достојанству.

Уважиши феномен старења у свим аспектима њопишике развоја

Предвиђено је да се овај стратешки правец остварује, с једне стране, путем укључивања феномена старења становништва и реакције на његове последице у све пројекције друштвеног развоја и на свим нивоима. Са друге стране, програми економског, привредног, културног, социјалног, урбаног развоја на локалном, регионалном и националном нивоу морају да реафирмишу улогу породице и породичне солидарности у унапређивању квалитета живота старијих особа. Истовремено се подвлачи потреба да се примена Стратегије за смањење сиромаштва посебно усмери на повећање ефикасности мера за смањење сиромаштва старијих лица.

Подстичаши интеграцију старијих људи у друштво

У низу усвојених стратешких докумената – Стратегија за смањење сиромаштва, Стратегија развоја социјалне заштите, Стратегија нове здравствене политике, Стратегија Србије за приступање Србије и Црне Горе Европској унији – истакнута је важност промовисања радне активности старијих генерација. У том смислу је новим законским решењем подигнута старосна граница за одлазак у пензију. Но, Планом се тражи шире деловање у циљу унапређења економског, социјалног, културног, политичког положаја и улоге старијих, као и њиховог активног укључивања у заједницу путем низа различитих активности. Најважније међу њима су медијске кампање, допуна школских програма релевантним садржајима, правна решења о заступљености старијих у комисијама, одборима, Парламенту, самоорганизовање старијих грађана и развој волонтерских центара, односно мотивисање послодаваца да омогуће старијим људима да активно учествују у радном процесу.

Промовисаћи јраведан и одржив економски расиш

Достицање наведеног стратешког правца је дефинисано кроз остваривање више активности сконцентрисаних око убрзавања стопе привредног раста, кроз реализацију процеса транзиције, уз истовремено ублажавање њене цене и уважавање последица процеса старења становништва. Активности су различите природе и већина је везана за остваривање већ усвојених стратешких докумената Владе Србије. Ново је залагање за увођење одређене, посебне врсте социјалних пензија, које би биле усмерене на старије људе који живе у дубоком сиромаштву, неспособне за привређивање, без адекватне подршке породице и средстава за живот. Истовремено се подвлачи неопходност редовних исплате пензија, враћања дуга пензионерима и усклађивање пензијских примања са порастом трошкова живота и зарада запослених ради обезбеђивања социоекономске сигурности пензионера.

Прилагођавање систем социјалне заштите

У оквиру система социјалне заштите приоритет је дат мерама за спречавање и сужбијање сиромаштва међу старијим људима, као и мерама везаним за развој институција социјалне заштите да би се у што је могуће већој мери одговорило на специфичне потребе потенцијалних корисника.

У том смислу се као најважније мере финансијске природе наводе увођење допунске материјалне заштите корисника пензија чија су укупна редовна породична примања по члану домаћинства испод утврђеног минимума егзистенције у старости, увођење пореских олакшица за старачка домаћинства и исплата једнократних новчаних помоћи за сиромашне у кризним ситуацијама.

Подвучена је потреба и за спровођењем мера које индиректно доприносе обезбеђивању економске сигурности у старости, као што су промовисање и афирмација штедње,

животног осигурања и добровољног пензијског и здравственог осигурања.

Истовремено је излистан низ мера битних за развијање одређених видова подршке и облика услуга који омогућавају старој особи да живи у породици или сопственом домаћинству. На пример, обезбеђивање услуге смештаја у хранитељске породице у свакој општини, успостављање мреже клубова за старе, центара за предаје дневних центара, центара кућне неге или служби за доставу хране уз ефикасан систем детекције старачке онемоћалости, болести, инвалидности и развијање инфраструктуре прилагођене старијим људима.

Поред обезбеђивања равномернијег приступа услугама геронтолошких центара, инсистира се на развоју алтернативних облика становиња за старије људе као што су заштићено становиње, заједница становиња и сеоска кућа.

Прилагођавање таржиштa рада

Приоритет у овом стратешком правцу представља промоција радне активности у старости на свим нивоима, укључујући и послодавце и сама стара лица, уз отклањање препрека различите природе за запошљавање старијих радника, посебно жена. У том смислу се наводи 15 активности од, на пример, спровођења релевантних медијских кампања, реформе пензионог система и закона о пензионом осигурању која треба да омогући даље померање старосне и радне границе за одлазак у пензију и делимичну пензију, преко инвестирања у континуирану едукацију радне снаге, до подстицања ангажовања старијих лица оба пола у малим и средњим предузетништвом, укључујући породично предузетништво.

Подстичаји доживошно образовање

Активности дефинисане за остваривање овог стратешког правца везане су за два циља. Први је дефинисан као олакшавање и

охрабривање доживотног учења. Њега прати десетак активности. Најважније међу њима су отварање образовног система како би свима пружио једнаке могућности за учење читавог живота, стварање мреже образовних установа за стара лица, едукација људи који по природи свога посла долазе у контакт са старим лицима и спровођење програма припреме за пензионисање и живот у старости.

Најважније, пак, активности наведене у оквиру обезбеђивања да се у образовном систему стичу знања која су у функцији већих могућности за запошљавање старих, другог циља овога стратешког правца, јесу подстицање послодаваца да запосленима омогуће различите видове обуке на послу и спровођење програма за смањивање функционалне неписмености и побољшања нивоа основног образовања старијих лица, укључујући старије избеглице и припаднике мањинских група.

Обезбеђиваши квалиштешан живош и одржавање независног начина живљења

Очување и унапређивање здравственог стања и квалитета живота старијих лица обезбеђивањем здравствених услуга одговарајућег обима, садржаја и квалитета омогућиће се путем различитих активности. Набројаћемо их.

- Увођење наставних садржаја из области геронтологије и геријатрије у наставне програме на свим нивоима стручног образовања.
- Старим особама услуге примарне здравствене заштите у оквиру обавезног здравственог осигурања обезбеђиваће изабрани лекар са својим тимом, у сарадњи са другим службама дома здравља, укључујући и пружање здравствених услуга у кућним условима и посредовање у остваривању здравствене заштите на секундарном и терцијалном нивоу.
- У већим градским срединама обезбедиће се развој геријатријских болничких одељења и посебних институција (сестрински домови) за дуготрајну негу и палијативно збрињавање.

- На секундарном нивоу здравствене заштите обезбедиће се услови за збрињавање акутних оболења, продужену негу и лечење старијих особа. У случају потребе, продужени третман од стране особља у стационарним установама одвијаће се у дневним болницама.
- У домовима за стара лица здравствена заштита ће се организовати у сарадњи са надлежним домом здравља.
- Обезбеђивање служби за свеобухватну заштиту менталног здравља, са нагласком на психосоцијалну подршку и помоћ члановима породице који се старају о старијој особи са поремештајима менталног здравља.

Унайређивање једнакости у присуштву половима

Дато је шест активности које треба спроводити да би се промовисала равноправност полова. Од оних нормативног типа (доношење Закона о равноправности полова, правна решења за укључивање оба пола у политичке структуре на свим нивоима одлучивања), преко деловања општег типа везаних за тржиште рада, породични живот, систем социјалне заштите до специфичних активности ради спречавања занемаривања, злостављања и насиља над старијим људима, посебно женама, и ублажавања односно отклањања последица ових процеса. Треба подвучи да осетљивост на питање полова у различитим сферама представља и гаранцију за постизање једнаког статуса других рањивих групација становништва, укључујући и старије људе.

Обезбеђиваши подршку породицама са старијим члановима и унайређиваши солидарност

У овом стратешком правцу су одређена три општа циља. Прво, процењивање актуелних и будућих потреба породица старијих људи за услугама заштите, укључујући формалне и неформалне системе, путем анализе одговарајућих демографских трендова, особено-

сти морбидитета и морталитета субпопулације од 65 и више година и социоекономских и културолошких карактеристика стarih лица.

Затим, промовисање и подржавање међугенерацијске интергенерацијске солидарности спровођењем различитих активности у оквиру система образовања, културе, социјалне и здравствене заштите, као и ангажовање у превенцији различитих облика породичног насиља.

И на крају, обезбеђивање посебне подршке породицама које брину о осталерим и зависним члановима. Чини се да су најважније активности које се промовишу за остварење овога циља развој мреже сервиса и услуга заштите на локалном нивоу и обезбеђивање финансијске и друге врсте помоћи и подршке породицама које брину о својим осталерим члановима, као што су флексибилно радно време или едукативна и психосоцијална подршка даваоцима неге.

Примена и праћење националног ћелана акције

На више нивоа је предвиђено спровођење и евалуација спровођења Плана. Прво, усвајање Националног плана акције о старењу треба непосредно да прати усвајање одговарајућих докумената на локалном нивоу.

Друго, формирање јединствених индикатора са одговарајућом базом података за праћење спровођења и евалуацију активности наведених у плановима.

Треће, успостављање међународне сарадње и партнерства у процесу праћења и остваривања Плана.

Четврто, продубљивање ресурса релевантних истраживачких знања везаних за боље разумевање процеса старења становништва и социјалне слике стarih у Србији, односно операционализацију и евалуацију мера које су утврђене Планом.

Пето, подршка развоју и укључивање невладиних и волонтерских организација као и удружења старијих људи у процес остваривања Плана и његову евалуацију.

Као релевантни учесници у процесу спровођења и праћења Националног плана

акције о старењу у документу су наведени: Влада Републике Србије, Министарство радија, запошљавања и социјалне политike, Министарство финансија, Министарство здравља, Министарство просвете и спорта, Министарство унутрашњих послова, Министарство за државну управу и локалну самоуправу, Министарство правде, Министарство науке и заштите животне средине, Министарство за капиталне инвестиције, Министарство за економске односе са иностраницом, Министарство културе, Органи локалних самоуправа – скупштине општина и градова, Стална конференција градова и општина, установе социјалне заштите, установе из других система, а у надлежности поменутих министарстава, међународна тела и организације, организације и тела других заинтересованих држава и влада, међународне и стране невладине организације, домаће невладине организације, фондови, фондације и верске заједнице, привредна друштва и предузетници, високошколске установе и институти и грађани свих узраса, а посебно старији грађани у Републици Србији.

Очекивања

Усвајање *Националног ћелана акције о старењу* представљаће тек први корак у одговору државе на процес старења становништва и потребе популације стarih. Али чини се добар први корак. У документу су препозната сва важна питања. Наведен је низ акција, многе су и разрађене. Дотакнути су и сви релевантни фактори за његово спровођење, укључујући и питање финансијских средстава и начина евалуације. Нађена је и јасна веза са другим стратешким, националним и међународним документима. Успех, пак, Плана ће зависити умногоме од операционализације предложених активности. Но, *Национални ћелан акције о старењу* би морало да прати усвајање државне стратегије везане за недовољно рађање деце, имајући у виду да је низак и опадајући наталитет становништва основни узрок старења популације Србије.

Литература

1. Јањић Момир, Нешић Дејан (2002): *Карактеристике и поштребе старијег становништва Србије*. Шести геронтолошки конгрес Југославије, Врњачка Бања, 12–16. мај.
2. Мијатовић, Бошко (2003): *Социјално-економски положај стarih у Србији*, Социолошки преглед, број 3–4.
3. Пенев, Горан (2005): *Србија у првој половини 21. века. Да ли се можу избегти дегенерација и интензивно демографско стварење*, Србија и савремени процеси у Европи и свету, 26–27. мај, Тара.
4. Council of Europe 2004 (Recent Demographic Developments in Europe, Concil of Europe Publishing, Strasbourg.

Из Републичког завода за здравствено осигурање

Суптилнији притисци фармацеутских кућа

Листа лекова који се прописују и издају на терет средстава Републичког завода за здравствено осигурање проширена је за 159 нових*

С. Вукајловић¹

У Србији се по глави становника издаваја 157 евра за здравствену заштиту, четири пута мање него у Хрватској и десет пута мање од Словеније. Ипак, становници наше земље очекују да за свој „крваво зарађени новац“ могу да добију квалитетно лечење у свакој здравственој установи и да при том имају обезбеђене бесплатне лекове.

Између жеља пацијената и финансијских средстава којима располаже, налази се Републички завод за здравствено осигурање са Светланом Вукајловић на челу, која већ две године покушава да равноправно распореди средства да би што више осигураника било задовољно.

Пацијентима је „рак рана“ дужина чекања на интервенције. Многи су нездовољни због чињенице да су целог живота издавали новац за здравство, а кад им је неопходна операција морају да чекају. Шта је на том плану урађено?

- Управо сам сазнала да је у КЦС за првих шест месеци урађено онолико коронографија колико је обављено у току целе прошле године. Кардиохируршке интервенције раде се и викендом, па се на тај начин са листе чекања скине око 30 до 40 пацијената, а чекање је скраћено за три до четири месеца. Интензивније ће се радити и у Институту „Дедиње“ и КБЦ „Бежанијска коса“. Важно је и да смо успели да смањимо време чекања за уградњу кукова у Институту „Бањица“

са готово пет година на шест месеци. Успели смо да у потпуности укинемо листу чекања за уградњу пејсмејкера. Обезбедили смо 820.000.000 динара за смањење листе чекања у области кардиохирургије и ортопедије, а финансираћемо и 17.000 операција катаракти и уградње сочива како би се до краја године укинуле листе чекања. Дакле, како наш народ каже, колико паре, толико и музике.

Најављено је проширење позитивне листе лекова од септембра. Које групе медикамената ће се наћи на њој?

- Пацијенти морају да прихвате чињеницу да је снабдевеност лековима боља него у 2003. години и да се листа лекова удвоји. Сада осигураници могу да добију значајан број медикамената на рецепт или у болници. Листа лекова који се прописују и издају на терет средстава Републичког завода за здравствено осигурање проширена је за 159 нових лекова. На листи су 102 потпуно нова лека која досад нису имала своју генеричку паралелу на листи. Ови лекови уводе најсавременију терапију у лечењу Паркинсонове и Алцхајмерове болести, цитостатике за лечење карцинома, нову генерацију лекова за оболење плућа, као и антидепресиве.

Како се борити од настрадаја фармацеутских кућа да баш њихов лек ставите на позитивну листу?

- Притисци фармацеутских кућа су суптилни. Њихови представници не долазе овде ди-

* Из: Политика, интервју, 21. август 2006.

¹ Светлана Вујасиловић, директор Републичког завода за здравствено осигурање, Београд.

ректно, већ то чине преко лекара или удружења пацијената. Наиме, чињеница је да 80 одсто лекара на конгресима, које фармацевутске куће финансирају, сазнају о позитивним странама њихових лекова и мењају прописивачку политику рецепата, што често може да буде лоше, јер се пренебрегне негативна страна медикамента.

Приватне здравствене установе инсистирају на склапању уговора са Заводом да би пацијентима било омогућено лечење по истим условима као у државним кућама. Да ли ће то ускоро бити реализовано?

- Немогуће је склопити такве уговоре из вишег разлога. Рецимо, уколико сутра кажемо да се пацијенти изјасне хоће ли се лечити у приватном дому здравља, јавило би се много осигураника. Ту се онда поставља питање, да ли он може да прими толико пацијената а да одржи исти комфор који сада има са 100 људи. С друге стране, не знамо ни по ком критеријуму бисмо могли да кажемо ко може, а ко не да добије право на избор доктора у оваквој установи. За обезбеђивање комфора допринос за здравствено не би био 11,2 одсто од бруто плате, већ 22 одсто. Нисам сигурна ни да ли пацијенти иду код приватника због изабраног стално запосленог лекара или због тога што им је потребан преглед професора Клиничког центра Србије, који ту ради као консултант.

На тржишту су присутна бројна осигуравајућа друштва која убеђују пацијенте да потпишу уговоре о здравственом осигурању, баш са њима, јер ће онда пацијенти имати бољи третман у здравственим установама. Да ли је то тачно?

- Друштва за добровољно осигурање нуде и добровољно здравствено осигурање. Та понуда подразумева да за 1.200 динара месечно човек може да добије неколико специјалистичких прегледа годишње, али се не могу осигурати старији од 65 година, јер су они највећи потрошачи здравствене заштите. Такође, ово осигурање не покрива трошкове озбиљног лечења. Наш фонд покрива комплетну здравствену заштиту, трошкове уградње стентова, лечење леукемије, дијализу и других компли-

кованих и тешких болести. Такође, нудимо и могућност онима који нису осигурани да то учине за 1.400 динара месечно, за шта се до ста распитују родитељи који живе у иностранству, а чија су деца у нашој земљи.

Стоматолози сматрају да су Републички завод за здравствено осигурање и Министарство здравља били неправедни према њима и да су највеће стезање каша осетили управо они. Због чега је уштеда здравственог динара кренула од ове службе?

- У нашем народу постоји уврежен став да уколико се запослен у државној фирми треба само да седиш, примаш плату и ништа не радиш. То није нормалан став. Наша улога је да видимо шта је добро за пацијента и лекари морају да схвате да они нису у установама због себе, већ због пацијената. Прошле године је за плате стоматолога издвојено три miliona динара, а осигураници нису могли да добију одговарајуће интервенције. Дешавало се да кад пацијент дође да поправи зуб, чује од стоматолога да мора да дође тек за три месеца јер нема материјала или га упути код себе у приватну ординацију. То је било неодрживо и кулминирало је катастрофалним стањем зuba нације. Важно је да деца добију одговарајућу стоматолошку заштиту, а видим да су зубари сада стимулисани и да све вишег позивају ма лишане на редовне систематске прегледе.

Шта је приоритет Републичког завода за здравствено осигурање у наредном периоду?

- Приоритет нам је да до нове године завршимо са информатизацијом система, уведемо нове здравствене књижице и припремимо се за другачији начин финансирања. У фебруару 2007. године покренућемо акцију сопственог лекара, где ће се грађани изјашњавати кога желе да посећују, а од 2008. године стимулисаћемо оне здравствене раднике који имају велики број пацијената и који много раде, јер већ сада имамо податке ко је колико ангажован, а ко нема пацијенате. Бићу срећна да бар неко каже да је приметио побољшање у финансирању здравствене заштите.

Данијела Давидов

Из историје здравства Србије

Први педијатар у Србији Др Платон Папакостопулос (1864–1915)*

В. Пешић¹ Б. Павловић²

Живот и рад др Платона Папакостопулоса не може се сагледати у потпуности, не само због тога што је прошло више од сто година, већ, пре свега, због тога што су многа документа уништена у току Првог светског рата.

У писању овог текста аутори су се користили часописима и другом грађом Музеја Српског лекарског друштва (СЛД), као и документацијом из Историјског архива Београда (ИАБ) и Архива Србије (АС). Поред тога, аутори су имали увид у писма, фотографије и нека документа којима располаже унук др Платона Папакостопулоса, госпођа Мила Ђурић, што је омогућило да се боље упозна породица Папакостопулос. Госпођа Ђурић нам је саопштила и неке детаље из живота свог деде, који употпуњују његову личност. На свему овом аутори јој најсрдачније захваљују.

Порекло

Платон Папакостопулос рођен је 4. септембра 1864. године у Београду. Његови родитељи, мајка Ефталија и отац Панајот, који су били Грци, имали су петоро деце: Петрикли, Еуфросину, Платона, Аспазију и Клеранту.¹

Платонов отац др Панајот Папакостопулос (1820–1879) био је угледни београдски лекар и један од оснивача Српског лекар-

ског друштва. Он је рођен у варошици Вел-вендос у Грчкој, одакле је 1835. године дошао у Нови Сад, у коме је једно време био учитељ у грчкој основној школи. Године 1847. преселио се у Беч и уписао се на Медицински факултет на коме је 1853. године стекао диплому доктора медицине. Исте године долази у Београд и започиње лекарску праксу. Истовремено је постављен и за професора у Београдској гимназији у којој је предавао грчки језик и јестаственицу. Крајем 1854. године напушта Београд и одлази у Серез (Грчка), где је као лекар радио до 1857. године, када се поново, са супругом Ефталијом, враћа у Београд и наставља да ради као лекар и гимназијски професор. Године 1874. постављен је за главног физикуса округа београдског.²

Др Панајот Папакостопулос био је и врло плодан преводилац са грчког на српски језик. Превео је многа дела, међу којима и Хомерову Одисеју. Написао је и уџбеник грчког језика за ђаке у Србији.¹ Умро је 1879. године.

Због његових заслуга, Милан Ђ. Милићевић га је уврстио у своју књигу *Поменик* као једну од знаменитин личности у Србији XIX века.³

Радећи као лекар и гимназијски професор, др Панајот је саградио кућу у Космајској улици бр. 38, на Варош капији, у којој се родио Платон. Касније је породица Папакосто-

* Из монографије доле наведених аутора „Први педијатри и прве педијатријске установе у Србији“, 2006. Београд, ГАТ „Богдановић“.

¹ Прим. др Владимир Пешић, педијатар.

² Прим. др сц. Будимир Павловић, историчар медицине.

пулос саградила нову кућу, на Топличином венцу 9, која је данас очувана као лепа архитектонска грађевина.

Дејашњишто и школовање

Као и друга деца са Варош капије, и Платон је детињство провео у овом крају Београда дружећи се са својим вршњацима.

У основну школу родитељи су га уписали 1872. године. Школа се налазила код Саборне цркве, на месту садашње основне школе „Краљ Петар I“.⁴

Гимназију је уписао 1876/77. школске године. Био је примеран ћак, трудећи се да буде понос свога оца професора, који је тада већ био у пензији. Прилике у овој београдској гимназији у то време могу се донекле упознати из спомен-књиге „Прва београдска гимназија, 1839–1989“.⁵

Платон је завршио ту, тада седморазредну гимназију, и матурски испит положио школске 1883/84. године.

У току његовог гимназијског школовања умро је његов старији брат Перикле (1878), а годину дана касније и његов отац др Панајот (1879). Тако је Платон у својој петнаестој години постао најстарија мушка глава у кући, преузевши бригу о мајци, сестрама и брату. Материјално стање породице, која је остала да живи у истој кући у Космајској улици 38, у то време је знатно погоршано.

Према једној фотографији из породичног албума, изгледа да је Платон одмах после матуре одслужио војни рок у Нишу.

Године 1884. Платон се уписао на Правни факултет Велике школе у Београду, вероватно јер није имао средства за студије медицине. Не зна се тачно када је отишао да студира медицину, прво у Грацу а затим у Бечу. Такође, мало има података како су текле његове студије медицине. У досијеу који се налази у Архиву Србије постоје два сведочанства о положеним испитима из патолошке анатомије и из интерне медицине.⁶

Диплому доктора медицине на Бечком универзитету Платон Папакостопулос стекао је 19. новембра 1892. године. Оригинал ове

дипломе налази се у Музеју Српског лекарског друштва.

Срески лекар у Обреновицу

По повратку из Беча, са дипломом лекара, др Платон Папакостопулос је 1893. године постављен за среског лекара Среза посавског са седиштем у Обреновцу. Ту се убрзо истакао пожртвованим радом и добрым односом према болесницима, те је стекао велико поверење и поштовање у народу.⁷

Поред редовног рада, др Папакостопулос је обављао вакцинацију против заразних болести, по потреби обдукције, предузимао мере за сузбијање епидемије, као што је то био случај са епидемијом дифтерије на Убу куда је био упућен 1895. године.⁸ Такође је радио на здравственом просвећивању и проучавању животних прилика у том делу Србије. Остало је забележено да је, повремено, тражио и добијао одсуство ради одласка на стручне састанке у Београд и Беч.⁹

На основу стручних радова које је објавио док је радио у Обреновцу, може се видети да је од самог почетка свог лекарског рада био посебно заинтересован за здравствену заштиту и лечење деце и омладине.

Специјализација педијатрије

После пет година рада у Обреновцу, када је обезбедио потребна финансијска средства и од Министарства унутрашњин дела добио дозволу за специјализацију педијатрије, др Платон Папакостопулос се поново упутио у Беч. Од октобра 1897. до октобра 1898. године провео је радећи и учећи на Дечјој клиници, код професора Видернафе-ра и Ешерина. Тада је упознао многе познате бечке педијатре као што су били др Павел Мозер, др Поспишил и други, с којима је сарађивао тамо, а и касније, када се вратио у Србију.

У току специјализације написао је и објавио у Српском архиву неколико стручних радова који ће бити детаљније приказани у даљем тексту.

Шеф Одељења за дечје болести Опште државне болнице

Рад и кретање у служби др Платона Папакостопулоса после завршене специјализације педијатрије може се пратити на основу података у Регистру протокола Министарства унутрашњин дела – Санитетско одељење од 1893. до 1912. године.⁸

По повратку из Беча крајем, 1898. године, др Папакостопулос је био прво постављен за спеског лекара среза врачарског са седиштем у Београду. Убрзо, тј. 1899. године, он бива постављен за вршиоца дужности шефа новооснованог Одељења за дечје болести у Општој државној болници на Палилули.

Године 1900. добија указ којим је постављен за шефа Дечјег одељења ОДБ. Следеће године донет је други указ којим се др Платон Папакостопулос поставља за шефа Одељења за дечје болести у ОДБ са рангом и правима окружног физикуса. Његов рад у првим годинама мало је познат. Зна се да је 1903. упућен у Беч ради набавке серума против шарлаха. Исте године добио је повишицу, што говори о напредовању у служби. Следеће, 1904., поново одлази у Беч ради проучавања шарлаха. Те године одржан је у Београду први Конгрес лекара и природњака Србије, на коме је он поднео реферат „О терапији шарлаха Мозеровим серумом“.

У периоду од 1905. до 1912. године повремено одсуствује с посла у Болници ради одласка у иностранство (Беч, Дрезден, Париз и др.) ради стручног усавршавања и учешћа на конгресима педијатара. У наведеном регистру постоји подatak да је 1903. године био на функцији шефа лекара Опште државне болнице, а 1909. био је постављен за хонорарног лекара Државне штампарије у Београду.

За пожртвован и успешан рад др Папакостопулос је 1910. године одликован Орденом светог Саве IV степена.

Од 1908. до 1912. године позиван је сваке године на војну вежбу. Учествовао је у Балканским ратовима, али о томе нема детаљних података.

Одељење за дечје болести било је у сastavу Опште државне болнице на Палилули, али не зна се тачно у којој згради је било смештено. Могуће је да је коришћена кућа Милице Трипковић у Далматинској 5, коју је београдска општина узела под закуп за смештај болесника оболелих од дифтерије и шарлаха.⁹ Такође се не зна колико је било болесничких постела за децу, ко је још поред др Папакостопулоса радио на Дечјем одељењу и какви су били услови рада. Може се само претпоставити да они у првим годинама нису били лаки. Због тога је др Папакостопулос упорно настојао још од самог почетка да створи боље услове за дечје одељење. Ово му је успело 1907. године када је дошло до пресељења Дечјег одељења са Палилуле на Врачар, када се помиње и нови назив Одељења за дечје и заразне болести ОДБ.

После изградње Болнице за гинекологију и акушерство 1902. године (Женска болница или Болница краљице Драге, како је једно време називана) 1902. године почела је изградња и других болничких зграда на Врачару. Тако је 1907. године подигнуто и отворено пет павиљона, од којих је један био Дечје одељење.¹⁰ О овом одељењу нашли смо прве податке у књизи др Славке Михајловић *Магла над Београдом*,¹¹ у којој стоји: „Павиљон за дечје и инфективне болести налази се на дну парка. То је приземна зграда, која је зидана у облику павиљона, као и остale болничке зграде на Врачару, али је била одвојена од осталих зграда и окружена багремовим дрвећем. Главни болничар овог одељења био је пожртвовани чика Данило, десна рука др Папакостопулоса“.

Јула месеца 1914. године, на почетку Првог светског рата, др Папакостопулос, као и већина лекара Опште државне болнице, био је мобилисан. Бригу о Одељењу за дечје инфективне болести преузела је др Славка Михајловић.

Поред рада у Општој државној болници, др Папакостопулос је обављао приватну лекарску праксу у својој ординицији у

кући на Топличином венцу 9. Његово радно време у приватној ординацији било је од 13 до 14 часова. Међутим, за њега није постојало радно време, примао је болесну децу у свако доба, а пошто је имао телефон, одазивао се сваком позиву и дању и ноћу. Према причању његове кћерке Јелисавете (удате Барјактаровић), често су га будили ноћу и никад му није било тешко да се одазове позиву и да оде да посети болесно дете.¹²

Раг у Српском лекарском друштву (СЛД)

У часопису СЛД „Српски архив за целокупно лекарство“ др Платон Папакостопулос је почeo да објављујe своje стручne радove 1895. године, већ после две године рада у Обреновцу. Он је тада био дописни члан СЛД и редовно долазио на стручне састанке у Београд, и активно учествовао у дискусији о реорганизацији Друштва.

На свечаној седници поводом прославе 25-годишњице Српског лекарског друштва 22.07.1897. године учествовао је и др Папакостопулос, што се види на фотографији учесника ове прославе.

По повратку са специјализације у Бечу и премештаја из Обреновца у Београд, др Папакостопулос је постао редован члан СЛД и на годишњој скupштини 1898. изабран је за члана Суда части.²

У раду др Платона Папакостопулоса у Српском лекарском друштву од највећег значаја је његово ангажовање у оснивању „Фонда за помоћ својих сиромашних чланова лекара, њихових породица и сирочади“.

О овом Фонду говорило се још 1879. године, када је др Марко Полак предложио „успостављање фонда за удовице и сирочад лекара“, али до тога није дошло. Тада су поједини чланови СЛД приложима помагали неку сирочад својих колега. Тако је на Годишњој скupштини СЛД, 30. јануара 1904, др Платон Папакостопулос поднео писмени предлог о оснивању Фонда за издржавање лекарске сирочади, који гласи:

„Поштovana G. G. колege,

Има већ више година како београдски чланови Лек. Друштва имају жалосну дужност да издржавају сирочад својих умрлих колега.

Број ове сирочади већ је порастао толико, да београдски лекари нису у стању да ову помоћ подносе сами. За то су они континуијем прошлих година морали апеловати и на глеменијоси својих колега у унутрашињству Краљевине.

Остапак и материјално осигурање лекара бивају све тежи зато што се њихов број стално увећава, што су прилике у којима радије све незгодније и што се у држави за поправку стања лекара нико не брине, сматрајући да смо ми добро осигурани и мислећи да је нама „лако“, како се то обично каже.

Упоредо са овом све тежом борбом коју лекари воде, биваће и број њинове сирочади све већи.

Да би тој беди у будуће колико је могуће више пропадају, ја сам слободан предложити вам, да оснујемо један нарочити стапајан фонд, из која ће се сирочад лекарска помагати и на њуј изводити.

Главни извори за овај фонд били би, по мом мишљењу, чланови: добровољни, који у један пут или у теку ог ће година, положе фонду улог ог 1000 динара; оснивачи, који у један пут или у теку ог ће година, положе 500 динара, и редовни чланови, који улажу годишње по 20 динара.

Осум ових стапајних прихода, могли би, с времена на време, притећивати забаве, које би добри људи помагали добровољним приложима, лујтије што; а могли би рачунати евентуално и на какав легат ог имућнијин колега и других добрих људи.

Ја износим главном склпу Лекарског Друштва овај предлог молећи да, било у овој било у другој форми, прихватаји и изабере одбор који ће ово стапаје дејтаљније пруји, стапајуће израдити и побринути се да све то у склад доведе са нашим стапајућима и законским прописима.

*Београд, на Три Јерарха 1904. године
Др Папакостопулос*

Скупштина је, после краће дискусије прихватила овај предлог и изабрала Одбор за проучавање овог предлога и за израду правилника Фонда. У одбор су ушли, поред др Папакостопулоса, др Ј. Динић, др В. Кујунчић и др В. М. Суботић.

На XXXII годишњој скупштини СЛД, 30. I 1905, одбор је поднео извештај о свом раду и изложио правилник Фонда. После живе дискусије, прихваћено је оснивање и правилник Фонда.

Задаци Фонда били су:

- да притеље у помоћ својим члановима лекарима ако стицајем околности дођу у оскудицу;
- да даје помоћ породицама својих чланова, ако после смрти оца породице остану без средстава за живот;
- да издржава сирочад својих чланова, ако не би имали средстава за издржавање.

Средства Фонда се формирају од:

- годишњег улога редовних чланова Фонда у суми од 12 дин;
- прихода од продатих добровољних марака; и
- добротворних прилога и завештања“.

У правилнику су даље изложени начин рада и управљања Фондом.

Као извор средстава за Фонд, Одбор је са др Папакостопулосом на челу, предложио увођење добровољних маркица, што је образложио на следећи начин:

„Сви лекари у Србији и чланови Лекарској друштвима, и они који нису, имају моралну обавезу да на сваки свој рецепти ће приватној практици прелеђе нарочиту марку од 1 паре.

Исту моралну обавезу имају и сви аптечари у Србији, који на шакве рецептије експонују лекове. Они ће марку упискаташи потрети свој жига.

Ове би марке имало израдића и лекарима и аптечарима продаји Српско Лекарско Друштво.

Ми се надамо, да ће се тим лаким и неосећљивим начином створити приличан ка-

тијал на оштру корист осиротелих лекара и лекарске сирочади.

Београд, 30. јануара 1905.

Др П. Папакостопулос

Др В. Кујунчић

Др В. М. Суботић“

Главни Годишњи скуп усваја овај предлог. О извршењу његовом треба да се става управа Српског лекарског друштва.

Ове добротворне марке одобрио је 1905. године министар финансија Србије.

У даљем тексту др В. М. Суботића стоји: „да је у прво време било лепог прихода од ових марака. Нарочито се за њинову потрошњу старао др Папакостопулос у његовој дечјој амбуланти. Лекари су их такође куповали, апотекари веома мало“.²

Фонд за потпомагање лекарских удовица и лекарске сирочади био је врло активан пре, а нарочито у току и после Балканских ратова. После Првог светског рата, Министарство народног здравља Краљевине СХС доделило је Српском лекарском друштву 500.000 дин. као припомоћ Фонду за помагање сиротих лекара, њихових удовица и сирочади.

Ово дело др П. Папакостопулоса говори о његовој племенитости и спремности да помогне унесрећеним породицама својих колега.

После смрти др Папакостопулоса, 1915. године, његова породица морала је, нажалост, да се неколико година бори са материјалним тешкоћама и да се тек 1925. године избори за пуну пензију која јој је припадала јер је др Папакостопулос умро од пегавца за време рата као управник Војне болнице у Ђевђелији.⁶

Породица

Породица Папакостопулос живела је у кући коју је саградио др Панајот у Космајској улици 38 (сада Маршала Бирјузова) до 1907, када је др Платон Папакостопулос саградио нову кућу на суседном плацу, на То-

пличином венцу 9, у којој и данас живи његова унuka са својом породицом.

Године 1899. др Платон се оженио Емилијом Гађански, ћерком др Љубомира Гађанског, адвоката из Панчева, а унуком по мајци др Јована Стејића, једног од првих лекара у Кнежевини Србији. О њиховој веридби и венчању писале су ондашње београдске новине¹².

Емилија и Платон изродили су троје деце: Милоша (1899), Љубицу (1903) и Јелисавету (1910).

У то време породица др Папакостопулос живела је срећно, све до 1907. године, када је додогила велика трагедија, тј. када је мали Милош умро од шарлаха у осмој години живота. Према казивању госпође М. Ђурић, до овога је дошло јер је др Платон остао без серума за терпију шарлаха. Он је месец дана пре тога лечио Милошевог друга, дете апотекара Делинија, које је прездравило, али је вероватно било клизоноша, јер је дошло до преношења инфекције на Милоша. Др Платон је тражио да му се хитно пошаље из Париза serum против шарлаха, али док је лек стигао, мали Милош је подлегао болести, што је породицу тешко погодило.

После три године (1910), брачни пар Папакостопулос добио је кћерку Јелисавету. Изгледа да су родитељи очекивали да то буде дечак, што се може претпоставити на основу неких фотографија, на којима се види да је мала Јелисавета шишана и облачена као дечак.

Др Платон Папакостопулос био је врло нежан, пажљив и привржен супруг и отац. То показују, између остalog, нека његова писма која је слao својој породици када је боравио у иностранству и која се још увек чувају у приватној архиви породице Папакостопулос.¹²

Учешиће у ратовима 1912–1915. године

Др Платон Папакостопулос је као лекар до почетка Првог балканског рата био редовно позиван на војне вежбе и 1912. године био у чину резервног санитетског мајора.

На основу писама која је слao у току рата 1912–1915. године, као и на основу фотографија из тог периода, које су остале у породици, може се, донекле, сазнати куда се све кретао и на којим дужностима је био у току ратних година.¹² Тако, у једном писму од 21. марта 1913. године, он се јавља породици из Солуна, где је био са задатком да прихвати рањенике и болеснике Моравске дивизије, које је требало из Албаније, преко Грчке, транспортовати у Србију. У Солуну је боравио око два месеца и планирао да и породицу доведе у Солун, али се то није остварило.

Други документ представља дописна карта коју је његова супруга Емилија писала из Београда 25. јуна 1913. године свом мужу у Скопље где је он био на дужности лекара војне болнице. У овом кратком тексту она пише о деци да су добро, пита га како да му пошаље чист веш и моли Бога да се све заврши добро.

Следеће писмо које је нађено писао је др Платон 18. септембра 1914. године из Прибоја породици у Београд. У овом писму он изражава бригу за породицу јер су почели хладни дани и предлаже им да се преселе у Крушевач, вероватно, јер у Београду ситуација била врло тешка. Поред тога, види се да му је ћерка Љубица била болесна и он шаље упутства за њено лечење.

У том периоду др Платон Папакостопулос је био командир и пољске болнице Дринске дивизије.

Писмо које је писао из Ужица 8. новембра 1914. године показује његову бригу за породицу, а за себе каже да је здрав, добро смештен и да не оскудева, вероватно да би умирио своје.

На крају, интересантно је његово, вероватно, последње писмо, тј. дописна карта из Ђевђелије од 19.02.1915. године. Он пише својој кћери Јелици (Јелисавети) која је била болесна те зиме и прездравила „јер је била добра и послушна“. Даље он каже; „Немој више да си болесна и да плашиш све, него буди увек здрава и весела да и ми сви будемо добрe вољe“. Јелисавета је „послушала

оца“ и била је добра. После очеве смрти, била је главни ослонац мајци Емилији. Удала се за др Немању Барјактаровића и доживела дубоку старост. Њој припада и највећа заслуга што су сачуване неке фотографије и писма др Платона Папакостопулоса.

Нема тачних података када се др Платон Папакостопулос разболео од тифуса. Према причању, изгледа да је болница којом је руководио остала без лекара, а њега су лечили болничари. Умро је 8. маја 1915. године.

После његове смрти и окупације Србије настали су тешки дани за вородицу Папакостопулос. Захваљујући сестри др Платона, Аспазији, која је била удата за Марка Стојановића, тада вицегувернера Народне банке Србије, супруга Емилија са своје две кћери, Љубицом и Јелисаветом, евакуисала се у Француску, а затим у Швајцарску, где је Љубица оболела од шарлаха и умрла, тако да су крај Првог светског рата и повратак у Београд доживеле само Емилија и Јелисавета.

Стручни радови др Платона Папакостопулоса

Оно што је од дела др Платона Папакостопулоса сачувано у целости, јесу његови стручни, радови објављени у Српском архиву и у другим публикацијама.

Своја стручна саопштења почeo је да објављује релативно рано. Његов први рад, објављен у СА 1896. године јесте приказ једног случаја акутне интенстиналне опструкције (*Oclusio intesstini acuta*) код једног четврогодишњег дечака, коју је он успешно санирао конзервативним третманом (иригација црева). Овај приказ указује да се он још као срески лекар у Обреновцу бавио дечјом медицином.

Из истог периода потиче његов чланчић у СА „*О прераној женидби наших младића*“, у коме он говори о честој појави „кржљавости сеоских младића“ коју је уочио у току лекарских прегледа приликом регрутације, а коју доводи у везу са прераном женидбом. Због тога, он предлаже да се донесе закон „да се нико не може женити док не одслу-

жи војни рок“. Он сматра да сувише млади и неразвијени родитељи рађају кржљаву децу. Други разлог за овај предлог јесте што је боље за војника да одслужи војни рок док је нежењен, него да две године остави младу жену, па можда и ситну децу, јер то може да утиче на морал у браку. Он се позива на постојање оваквих закона у другим државама.

У СА 1896. године објављена је кратка расправа „*О терминологији у судској медицини*“ о категоризацији повреда.

Као што је наведено, др Платон Папакостопулос је од октобра 1897. до октобра 1897. године боравио у Бечу на специјализацији педијарије. Из тог периода потиче његов извештај о раду Лекарског друштва у Бечу, који је под насловом „*Из лекарског друштва у Бечу*“ објављен у СА 1898. У њему он извештава да је на неколико последњих седница овог друштва вођена дискусија искључиво о серотерапији дифтерије. Поред извесних неслагања, већина извештаја показује да су резултати лечења знатно бољи код болесника који су били под серотерапијом, него код оних без ове терапије.

У Обреновцу се др Папакостопулос интересовао и за хомеопатију. У СА 1897. године објавио је један оширенји текст „*Шта је хомеопатија*“. У првом делу члánка он говори о лековима који се употребљавају у хомеопатији (хомеотерапија), о начину примене и дозирању.

У другом делу наводи главне хомеопатске лекове и њихове индикације. У закључку он се негативно изјашњава о хомеопатији и пише се: „Од куда да такве глупости ухвате толико корена у западној Европи и Америци“, и страхује да се ова „западна глупост“ не пренесе и код нас. Интересантно је навести да је др Папакостопулос још пре више од сто година јасно уочио једну од медицинских заблуда, које се ни данас нисмо ослободили. На основу овога може се видети какав је био лекар и какве је ставове у медицинској науци заступао.

Следећа три рада објављена у СА др П. Папакостопулос је писао у Бечу за време

специјализације педијатрије, што је он назначио на крају чланка.

Одмах по доласку у Беч, априла 1898. године, он је у СА објавио чланак „*Први знаци мрсе*“, тј. о Филатовљевом знаку код морбила у продромалном стадијуму ове болести код деце, као врло корисном знаку (налазу) за дијагнозу.

У току специјализације у Бечу, др Папакостопулос је написао и објавио у СА још два члanka: „*Интубација ларинкса код крућа*“ и „*Лумбална йункија код менингита*“.

У првом чланку детаљно је изложен начин извођења интубације ларинкса код деце која је у то време била нова терапијска мера у лечењу крупе.

У другом чланку говори се о лумбалној пункији код менингита, као врло корисној дијагностичкој методи, која омогућава микроскопско, биохемијско и микробиолошко испитивање цереброспиналног ликвора. Аутор је изнео своја искуства из Болнице св. Ана у Бечу, радећи на одељењу др Бернхајма и др Мозера.

Године 1900. др П. Папакостопулос је на седници СЛД приказао један случај лисе код 14-годишњег дечака. Исте године објавио је рад „*Извештај о новој Пастеровој болници у Паризу*“ коју је посетио ради стручног усавршавања. Ово је била нова и модерна болница у оквиру Пастеровог института, у којој је у то време постојало само једно одељење за дифтерију.

На првом Конгресу лекара и природњака Србије који је одржан у Београду 1904. године, др П. Папакостопулос је поднео један врло запажен реферат под насловом „*Терапија шарлаха Мозеровим серумом*“. Др Мозер је био асистент на клиници код проф. Ешерина. Др Папакостопулос га је добро познавао. Он је изнео своја искуства после боравка у Бечу 1903. године, где је био упућен од стране Министарства Србије после појаве епидемије шарлаха у Београду. Овим серумом др Папакостопулос је лечио десет болесника са врло тешким обликом шарлаха. Ефекат је био повољан код осам болесника (прездравили су), док су два подлегла

болести. Радило се о деци узраста од 18 месеци до 14 година¹⁹.

Поред наведених радова, др П. Папакостопулос је објавио и следеће чланке: „*Преграда-суге о серуму против дифтерије*“ и „*О атен-цијитису код деце*“.

Др П. Папакостопулос је редовно пратио страну литературу из педијатрије. Од 1898. до 1909. године у Српском архиву су штампани његови реферати о педијатријским темама из стране литературе.

На основу ових стручних радова може се донекле стечи слика којим се педијатријским проблемима бавио. Врло је вероватно да је његово интересовање било шире. Он је објављивао и популарне чланке с циљем здравственог просвећивања.

О делу др Платона Папакостопулоса требало би написати више и зато ћемо наставити са истраживањима о животу и раду овог првог и врло заслужног педијатра у Србији.

Списак стручних радова др Платона Папакостопулоса

1. *O прераној женизби наших младића.* Срп. арх. целок. лек. 1896, 2,(2): 131.
2. *Из судске медицине.* Срп. арх. целок. лек. 1896, 2, (4): 262.
3. *Oclusio intestini acuta* Срп. арх. целок. лек. 1896, 2, (11): 606.
4. *Purpura rheumatica gangraenosa.* Срп. арх. целок. лек. 1897, 3, (5):233-6.
5. *Шпа је хемоферапија.* Срп. арх. целок. лек. 1897, 3, (6): 318-321.
6. *Из лекарског друштва у Бечу.* Срп. арх. целок. лек. 1897, 4, (7):312-315.
7. *Интубација ларинкса код крућа.* Срп. арх. целок. лек. 1898, 4,(5): 193-196 и наставак 248-251.
8. *Лумбална йункија код менингита.* Срп. арх. целок. лек. 1898,4, (9): 393-395 и наставак 468-470.
9. *Случај са сумњивим знацима meningitisa cerebrospinalis.* Срп.арн. целок. лек. 1900, 5, (2): 185.
10. *Један случај лисе.* Срп. арх. целок. лек. 1901, 7, (2): 61-63.

11. *Пасјерова болница*. Срп. арх. целок. лек. 1901, 7, (12): 539-540.
12. *Терапија шарлаха Мозеровим серумом*. Реферат на I конгресу лекара и природњака Србије. Зборник радова књ. 1: 266-274. Изд. СЛД, 1905.
13. *Преграсуде о серуму у прошири дифтерије*. Народно здравље 11910,15: 12-14.
14. *О аденитиску код деце*. Срп. арх. целок. лек. 1911, 17: 174.

Поред ових радова у Српском архиву су штампани његови реферати из стране литературе: 1898. стр. 356; 1906. стр. 83; 1907. стр. 79,290J378 и 379; 1908. стр. 83 и 331; 1909. стр. 224.

Литература

1. *Papadrianos Ioannis, Der Griechische Gelehrte Panagiotis Papakostupulos und die Serben (1820-1879)* Ин Грек-Србијан Цојлератион 1830-1908. Институт за балканске студије САНУ, Београд, 1982 (117-123)
2. Суботић М. Војислав, *Петесетогодишња историја Српског лекарског друштва*. Изд. СЛД, Београд, 1922.
3. Милићевић Ђ. Милан, *Поменик знаменићих људи у српском народу новијег доба*. Фототипско издање из 1888. Изд. „Слово љубаве“, Београд, 1979(511-512)
4. Тешић В., *Основна школа од 1718 до 1918. године*. У: *Двадесет шест деценија прве школе у Србији*. Изд. Основна школа „Браћа Рибар“, Београд, 1978 (9-49)
5. *Прва београдска гимназија Моша Пијаде 1839-1989*. Спомен књига. Изд. Завод за уџбенике и наставна средства, Београд, 1989 (69-84).
6. *Архив Србије, Досије лекара - др Платон Папакостојулов*, Ф123, Бр 38.
7. Суботић М. В., *Поменик јоћинулих и јомрлих лекара и медицинара у ратовима 1912-1918*. Изд. СЛД, Београд, 1922 (83-84).
8. Архив Србије, Регистар протокола МУД-Санитет 1893-1912.
9. Вуковић Ж., *Оснивање дечеје заразне болнице*. У: Српско лекарско друштво 1872-2002. Изд. Аутора, Београд, 2002 (60-61).
10. Станојевић В., *Најстарије болнице у Београду. Годишњак града Београда књига VII*, Београд, 1960 (175-195)
11. Минајловић С., *Облаши најградом 1914-1918*. Изд. аутора, Београд, 1955.
12. *Приватна архива Јордане Папакостојулоса и Барјакшаровић*.

Из историје здравства Србије

Батутова оцена здравља српског народа

Домаћи нас лопов поткрада

Б. Димитријевић¹

Пре једног века (документ из Архива Србије, М.Ј. – 90), на првом забавном и научном посјелу у Новом Саду, новембра 1906., др Милан Јовановић Батут о здрављу ваљаног народа спрског изрекао је ово:

Ако погледамо на наш народ видећемо да сразмерно највише умире од свију народности у Угарској. Од 1000 умире у Угарској, Хрватској и Словенији годишње: Јевреја 16, Немаца 23, Мађара 24, Хрвата 24, Словака 26, Румуна 27, Срба 32.

Док код свих других народности умире просечно 22000, Срба умире 32! Годишње 10000 више. Када би друге народности убили 10000 Срба, то би било ужасно, а овамо ми само својом крвицом губимо толико људи више, па се и не осврћемо.

На сваког умрлог долази у средњу руку 32 болесника. Према томе у нашем народу има 384000 болесника више годишње него што би смело бити (према просеку осталих народности). Узмимо да сваки болесник болује просечно 20 дана; значи да се код нас болује 7 милиона 680 хиљада дана преко године више, него што би се боловало кад би наше здравствене прилике биле барем као код осталих. А тек колико надница пропадне само зато што су нам здравствене прилике такве. Домаћи нас лопов поткрада. Те полако или стално пропадамо, и бројно и материјално. Узрок тога је у нама, нашем животу, на викама.

Оснивање породице, женидба, удадба је погрешна код нас. Народ се не жени и не удаје ради оплемењења расе и потомства,

него због радне снаге. Не пази се доба када се треба женити и удавати, него се рано жени и удаје. Не пази се ни на то да не буде велика разлика између мужа и жене, те нам се племе изрођује.

Код нас се врло мало пази на децу. Како се негују деца, то је испод сваке критике.

Ова Батутова опаска ретко се узима у обзир када се оцењује песничко дело Јована Јовановића Змаја, који је управо на том терену дејствовао најсмелије и најплодније, као морални и здравствени просветитељ. И др Владан Ђорђевић у књизи „Народна медицина у Срба“ (1872) каже да нашем сељаку најтеже пада трошак за лечење каквог чиче или детета.

Наша исхрана није како треба, каже Батут. Зими кад најмање радимо поједемо највише и најбоље, а лети када радимо најтеже послове, живимо о најлошијој храни. Узрок томе Батут је видео у летњим постојима, нарочито Петровском.

Неко ће рећи да је наш народ плодан. Погрешно, јер (већ!) спадамо у најнеплодније. Код нас има више брачних парова, али нисмо плоднији. У Србији (а и овде, у Угарској) мало је неудатих и нежењених, али прираст подмлатка потиче или од сувише рано или од сувише касно ожењених и удалих. Такав подмладак је кржљав, нездрав и неотпоран.

Има ли спаса? Има, иако посао није лак. Не смејмо чекати да наш народ сам увиди своје погрешке, него се ми ученији морамо латити посла. Учитељи, свештеници, трговци,

¹ Проф. др Брана Димитријевић, професор Београдског универзитета

лекари... Треба основати друштво за чување здравља. У Србији постоји такво друштво већ три-четири године, и мада се са мало снаге и мало жртава радило, ипак је успех врло леп. То друштво има свуда своје пододборе, који воде бригу о води, хранама, о трудницама, неговању болесника; отварају кречане тамо где их нема, да би народ могао држати чистије станове. Основана је школа за мешњу и печенje хлеба, расписано је надметање за планове сељачке куће која најбоље одговара здравственим приликама. То друштво основало је две школе за сеоске домаћице, где се учи како се кува, пере, крпи, тка. Где се појави зараза шаљу свог лекара.

Не беше то ода Србији Слободији, мада је могло да се разуме и тако. Јер, ако се ишта за Батута никако прилепити није могло била је – политика. Суплеменицима својим у туђим провинцијама саветовао је да уз културна своја друштва имају и друштва за чување здравља, јер и ова служе опстанку, или биолошком.

Данас увиђамо да је тај део наше народне традиције, иако наопак и убиствен, испољио највећу отпорност у поређењу са осталим својим видовима: то незарезивање сопственог или и туђег здравља, та врста расипништва.

Приказ књиге

„Ивањица претеча система примарне здравствене заштите“*С. Ђорђевић¹

Здравствена заштита не представља само мрежу здравствених установа, већ хумани поступак којим се жели да заштити здравље и обезбеди активан, продуктиван и срећан живот без патњи и бола.

Проф. др Предраг Довијанић, завичајно везан за Ивањицу, стручно и научно високо образован у земљи и иностранству, заслужено је био на руководећим местима у нашој здравственој служби, био је у могућности да сагледа све напоре нашег друштва и да објективно сам и у сарадњи са скромним, али заслужним протагонистима у раду на здравственој заштити народа ивањичког подручја, изнесе заједничко искуство, које је дало значајне резултате, који нису остали незапажени у земљи и у светским научним круговима.

Читајући ову стварно и по форми изванредну публикацију у тврдом повезу, на 462 странице са преко 180 фотографија, које са сликама прекрасног амбијента, носилаца програма у ординацији, на коњу или у удаљеним селима са народом и за народ савесно извршава своју дужност једну од највећих људских врлина.

Публикација није само хронологија еволуције и развоја здравствене заштите и постигнутих резултата, већ и етно-социолошко дело трајне вредности, које објективно илуструје нашу мукотрпну прошлост у минулим временима, а нарочито у 19. и 20. столећу. Читајући текст овог дела писан екавицом са изванредним осећајем за лепо и јасно изражавање, карактеристично за југозападни део Србије, са бројним данас тешко доступним

подацима о здрављу и приликама у овом подручју, човек као да стално осећа жубор Моравице и хук хидроцентрала једне од првих у Србији, што подстиче жељу за читањем, радозналост, која се ретко сусреће у здравственим текстовима. Пада у очи да се програму заштите здравља пришло крајње научно, пошто су се претходно утврђивали проблеми. Интелигентним текстовима приступило се провери здравственог знања становништва, што је утврдило да је оно било засновано на народној традиционалној медицини и да су мушкарци више били информисани о здрављу него женски део становништва. Неко би мислио да је то излишно, међутим, такав поступак је био не само оправдан него и научно исправан, пошто је омогућио да се здравствена активност усмери у тежиште проблема.

Формирани су здравствени пунктови у појединим сеоским насељима, тиме је олакшан контакт са здравственом службом и остварен њен интегрални утицај на заштиту и унапређење здравља, уштеђено време становништву и остварена благовремена интервенција.

Од свих заразних болести најчешће се оболевало од цревних заразних оболења, која су била потпуно превентабилна, а то се није могло остварити без знања или личне хигијене, хигијенски исправне воде за пиће и хигијене намирница, дубоко се знато да су контакти на првом месту ширења цревних зараза, затим вода и намирнице, па је томе посвећена пуна пажња. Здравствено просвећивање било је изузетно важна метода подизања здравствене свести. У чекаоницама за

* Аутор: Проф. др Предраг Довијанић, Издавач Холдинг компанија Велефарм, 2005, Београд

¹ Проф. др Србобран Ђорђевић, професор Стоматолошког факултета, емеритус

преглед код лекара нису само биле истакнуте плакате, већ су се здравствена упутства давала лепо сроченим и прилагођеним саопштењима преко магнетофона, чиме је свако могао да саслуша корисне савете. Поред магнетофона коришћена су и сва остала очигледна наставна средства.

Воду за пиће требало је довести са пла-
нинских ненасељених изворишта, која се раније доносила на обрамбици, то питање је нај-
целисходније решавано, иако је изградња во-
довода задатак комуналних служби, али због
тесне повезаности са здрављем, у Ивањичкој
општини водоводе је градио дом здравља, из-
градивши 187 км водоводне мреже, односно
265 водовода са 65 јавних чесама! Радило се
и на унапређењу комуналне хигијене, бес-
платно је додељивано по 600 кг цемента за
изградњу водног објекта или за друге кому-
нално хигијенске интервенције, бесплатно су
дељени планови савремених кућа на селу са
правилном организацијом дневног и ноћног
боравка, широм отваране школске кухиње са
селективним оброком додатно су допринели
правилном развоју школске деце, а уједно су
служиле као едукативни пунктови у хигијен-
ској обради намирница и хигијени исхране. То
је све допринело побољшању услова живота
што се може јасно видети из табеларно при-
казаних података из области виталне и
здравствене статистике о наталитету, морталитету и морбидитету за дужи период не са-
мо у Ивањичкој општини, већ и за подручје Србије. Висока смртност деце сведена је на
морталитет одојчади најразвијенијих земаља у Европи и свету. Значајни успеси су остваре-
ни преданим, савесним и радом који се обављао са пуно љубави према свом народу, медицинској струци и личном достојанству улоге лекарског позива.

Ови резултати су остварени пре Светске конференције о примарној здравственој за-
штити у Алма Ати 1978. године, те није чудо што је примарна здравствена заштита по-
будила интерес не само највиших здравствен-
их радника и руководилаца у земљи већ Светске здравствене организације и реноми-
раних стручњака, који су се на лицу места

упознали са радом здравствене службе на подручју Ивањице. Поменућемо само неке од њих: Академик др Душан Борић, академик Владимир Спужић, академик Златибор Петровић, академик Александар Ђаја, академик Станоје Стефановић, академик Грујица Жарковић, академик Вукан Чупић и многи истакнути политичари на истакнутим местима у здравственој служби као што су министри за здравље и социјалну политику: Сла-
ва Рашковић, Никола Шуменковић, Ђорђе Јаковљевић, Танкосава Симић председник социјално здравственог већа Скупштине Ср-
бије и многи други чија имена нису споме-
нута искључиво због ограниченог простора за приказ публикација.

Од страних стручњака треба поменути др Tejad-u de Rivera помоћника генералног дирек-
тора Светске здравствене организације, који је два пута посетио Ивањицу, др William-a Betts-а начелника одељења Министарства за здравље и образовање Сједињених Америч-
ких Држава, проф. др Marshall-a W.Raffel-а из Пенсилваније, који су својим писмима изра-
зили поштовање и честитке на организацији и постигнутим резултатима на заштити здравља у општини Ивањица.

Сваки читалац овог дела мораће одати признање за очувану архивску грађу из које се види време и имена лекара који су ради-
ли на овом подручју, као и имена лекара који су радили у другим крајевима, били позна-
ти водећи стручњаци пореклом из Ивањице и дали значајне доприносе здравственој слу-
жи и медицинској науци.

Било би неправедно уколико не би споме-
нули само нека имена из групе ивањичких лекара, који су са крајњим ентузијазмом пре-
дано радили на заштити здравља становни-
штва овог краја: др Божидар и др Драгиња Спасовић, који су се „носили са тифусом,
дифтеријом, шарлахом, туберкулозом, црев-
ним оболењима, а највећи проблем предста-
вљала су станишта-примитивне куће без сани-
тарних уређаја и прозора“. Треба истаћи да је др. Божидар Спасовић био специјалиста неуроневрологије у доба кад је у земљи би-
ло само неколико ових стручњака и кад су ка-

тедре Медицинског факултета вапиле за високим стручњацима, он је у Ивањици био лекар опште медицине и своје високо медицинско знање ставио у службу свога краја, што доказује да посао, који се ради са љубављу, мора дати резултате. Не би се смело изоставити и име примаријуса др Александра Николића, креатора ивањичке примарне здравствене заштите, коме је заштита здравља свога заличаја била важнија од свих ласкавих понуда за места и за највише функције у здравственој служби Србије.

Такође смо дужни да одамо признање свим осталим учесницима тима ивањичке здравствене службе, који су следећи узорне примере својих претходника дали лични допринос изванредним резултатима.

На крају се истиче да се у овој књизи наилази на богатство података, који илуструју педантност и напоре да изађу на светлост дана, као сведоци неуморног рада на заштити и унапређењу здравља.

Књига се чита са великим уживањем, а уједно представља значајни допринос нашем здравству и општој култури наше земље.

Боље сагледавање опсега историјског захвата развоја ивањичке здравствене заштите оквирно се износе третиране области:

- Здравље као судбина
- Социјално економске и хигијенско санитарне прилике у Моравичком крају почетком XX века
- Ивањички програм заштите здравља
- Ивањички крај у време почетка спровођења Ивањичког програма заштите здравља

- Сведочанства и сведочења
- Родоначелници, сарадници и остали учесници у формулисању и реализацији Ивањичког програма заштите здравља
- Партнерство за здравље - сви за здравље
- Ивањички програм заштите здравља у документима Светске здравствене организације, UNICEF-а и експерата из света
- Посете и сведочења стручњака из света
- Стручњаци наше земље поводом Ивањичког програма заштите здравља
- Стручне конференције и састанци о Ивањичком програму заштите здравља
- За добру здравствену заштиту препоручује се Ивањичко искуство
- Лекарски кор на професионалном раду у Ивањици или пореклом из Ивањичког краја
- Хронограм догађања од значаја за здравствену заштиту становништва Ивањице (1833–2003)
- Активности Дома здравља у Ивањици на спровођењу система примарне здравствене заштите (1978–2003)
- Ивањица и дом здравља у Ивањици данас
- Поговор
- Литература.

Поред културне и историјске вредности ова књига има и високи практични значај, јер се на примеру једне територијалне јединице дају драгоцена упутства о изради и спровођењу интегралног програма здравствене заштите, ше се препоручује као својеврсни приручник за рад домаћа здравља.

Вести и новости из здравства Србије

У апотекарској установи „Београд“

Фармацеути мере приписак

Одштампани водичи за правилну употребу лекова – Пројекти о здравом начину живота.

Да пациенти не би лутали од комшије до комшије тражећи савет о томе када који лек могу да попију или како се маже маст на очи, стручњаци Апотекарске установе „Београд“ израдили су водиче за правилну примену лекова различитих фармацеутских облика који су се ових дана нашли у градским апотекама.

Мр Вукица Косић-Пешић, директорка ове установе, каже да су најчешћа питања људи везана за време отпочињања терапије, комбинације лекова и биљних препарата, као и за ограничења у исхрани уколико се одређени медикаменти користе.

- Идеја за штампање ове брошура проистекла је из низ акција које смо организовали поводом Светског дана здравља. У 20 апотека уведене су жуте траке којима је одређен простор у коме пациент има право да поразговара са фармацеутом. Зато су урадили беџеве са написом „Питајте свог фармацеута“ са циљем да се што више људи информише о ономе што га мучи у овој области, а такође и беџеве на којима пише „Ја сам ваш фармацеут“, јер већина људи већ добро зна запослене у апотеци у крају где живи – истакла је директорка Апотекарске установе „Београд“

Занимљиво је и да је лабораторија ове установе добила и сертификат ИСО 17025, тако да се сада све хемикалије и готови производи контролишу управо овде.

Да се фармацеути ове куће у последње време боре да задрже што више грађана, започет је и пројекат „Промоција здравља и превенција болести жена“ који су осмислили стручњаци ове куће у сарадњи са професорима Фармацеутског факултета, а који се већ спроводи у апотекама „Др Ђорђе Ковачевић“ при Дому здравља у Лазаревцу, „Браћа Ковач“ у ДЗ „Вождовац“, „Ђура Ђаковић“ у ДЗ „Звездара“ и „Падинска скела“ која ради у саставу ДЗ „Палилула“.

Циљ идеје је превенција и смањење фактора ризика по здравље жене, која ће добијати препоруке за бављењем физичким активностима, начином исхране и штетности дувана.

- Наш слоган је „Традиција, знање, квалитет“. Урадили смо три групе брошура које делимо у апотекама. Истовремено, прикупљамо и резултате анонимних анкета које нам показују колико жена у граду воде рачуна о здрављу, како се штите од кардиоваскуларних, као и полно преносивних болести. Ти подаци моћи ће да се искористе и у статистици Светске здравствене организације о квалитету живота жена код нас - рекла је наша саговорница.

Сви грађани који нису сигурни које лекове треба понести на летовање летак са саветима могу добити у апотекама широм града, заједно са упутима о безбедном сунчанују. Уколико се неко не осећа добро, ниво шећера у крви може да провери бесплатно у апотекама „Каленић“ и „Младен Стојановић“, а у свим већим установама постоји могућност мерења крвног притиска и провере здравственог стања.

*Д. Давидов,
Политика, 01.08.06.*

У заводу за болести плућа и заштиту од туберкулозе

Дијагноза за 24 часа

Модернизација Градског завода за болести плућа и заштиту од туберкулозе, где се годишње лечи око 200000 грађана, у пуном је јеку. Осим набавке савремених апаратова, стручњаци ове куће кажу да свакодневно уводе и нове методе лечења и да на тај начин хватају корак са медицинарима из западних земаља. Пре само три године лекари су радили помоћу опреме вредне око 800.000 динара, а сада уређаји у овој кући коштају чак 60.000.000 динара. Од сопствених средстава, али захваљујући и спонзорима и градској влади, купљена је најсавременија опрема за ендоскопску и бронхоскопску дијагностику, гасни анализатор, ламинарна комора, три спирометра и неколико микроскопа који су убрзали постављање дијагнозе.

Др Драгољуб Пауновић, директор Градског завода за болести плућа и заштиту од туберкулозе, каже да се у овој установи налази и одлична микробиолошка лабораторија у којој се раде анализе резистентности организма на бациле туберкулозе. Дијагноза болести се у овој кући поставља за само 24 часа, а треба имати на уму да за долазак у Завод у Прешевску улицу 33 није потребан упут лекара опште праксе, већ да само треба платити партиципацију.

Када код особе региструјемо болест, онда морамо да урадимо тестове. Нажалост, дешава се да оболели обилазе по пет-шест установа и да не изађу из њих са постављеном правом дијагнозом. Када грађанин дође код нас са сумњом да има карцином плућа, ми обавимо додатне анализе које су готове за два дана и одмах саветујемо даљи наставак лечења – истакао је др Пауновић.

Према неким подацима, у нашој земљи осморо од 1.000 грађана оболи од бронхита, а исти је проценат астматичара. Највећи проблем, ипак, представљају малигне болести плућа, од којих оболева велики број пуша-

ча, јер на 100.000 људи долази 37 пацијената са најтежом дијагнозом.

– У престоници имамо 500 новооболелих грађана од туберкулозе, а њихово лечење траје најмање шест месеци. Недостаје нам само рендген апарат да бисмо били комплетни, а имамо обећање Министарства здравља да ће нам изаћи у сусрет. Било би идеално када бисмо могли да дигитализујемо постојећи апарат и смањимо трошкове изrade филмова – истакао је наш саговорник.

У Дневној болници Завода забрињавају се најтежи пациенти са опструктивним болестима плућа и брохитисом. После урађене студије, према правилима Светске здравствене организације, у којој је учествовало 100 пациентата који су морали да се лече стационарно, позитиван је био закључак да је овде забринуто 88 болесника на којима се штеди здравствени динар, јер би иначе завршили на болничком лечењу.

Д. Давидов

Значајан пројекат у здравству

За здраве бебе

Нови Сад је први град који је добио опрему за отварање раних генетских поремећаја плода.

НОВИ САД – Клинички центар у Новом Саду од јуче је прва здравствена установа у Републици која је на основу пројекта Европске агенције за реконструкцију „Унапређење превентивних здравствених услуга у Србији“ (за које је Европска унија издвојила 1,2 милиона евра) добила опрему за рано откривање генетских аномалија плода код трудница. Рано откривање генетских аномалија ће се уз помоћ те опреме, у вредности од 60.000 евра, вршити биохемијском анализом крви труднице.

Како је на скупу у Клиници за гинекологију и акушество у Новом Саду рекао министар здравља др Томица Милосављевић, од идуће године свакој трудници у Србији биће обезбеђено овакво тестирање и то без накнаде.

Министар Милосављевић је указао да ће ова донација ЕУ „покрити“ трошкове набавке сличне опреме за откривање генетских поремећаја у првом триместру трудноће која ће у наредном периоду бити додељена Клиничком центру Србије, затим Клиничким центрима у Крагујевцу и Нишу, КБЦ „Зvezдара“ и ГАК „Народни фронт“ у Београду и још осам дома здравља у Београду, Новом Саду и Крагујевцу.

- Унапређење здравствене заштите трудница у области откривања генетских поремећаја у првом триместру трудноће један је од приоритета здравствене политике у Србији, јер нас на то принуђује податак да у Републици живи више од 2.000 деце са генетским поремећајима. Ова чињеница указује на потребу раног откривања генетских поремећаја на нивоу примарне здравствене заштите. Према постојећим критеријумима, посебно је важно да се све труднице старије од 35 година подвргну тестирању на генетске поремећаје плода. Јер, годишње у Србији статистика бележи око 70.000 порођених жена, од којих је, према последњим подацима, 11 одсто старије од 35 година. Садашњи капацитети за рано откривање генетских поремећаја, међутим, могу да задовоље само једну трећину потреба, што је велики проблем, како за труднице, тако и за здравствену службу – указао је министар Милосављевић.

Подухват у циљу раног откривања генетских поремећаја код плода мајке је део ширег пројекта ЕАР у здравству у циљу унапређења превентивних здравствених услуга у Србији чији је буџет „тежак“ укупно 3,45 милиона евра. У њега је укључена и донација најсавременије медицинске опреме у вредности од два милиона евра.

- Главни циљ пројекта јесте да пружи подршку реформама и јачању превентивних здравствених услуга у примарној здравственој заштити. Пројектни тим радиће на оснивању центара за превентивне здравствене услуге у 25 дома здравља у Србији. Активност ових центара биће усмерена на превенцију ризика и рано откривање кардиоваскуларних оболења, дијабетеса, канцера и генет-

ских поремећаја плода – указао је Матијас Рајнике, програмски менаџер Европске агенције за реконструкцију.

*С. Живковић
Политика, 17.08.2006.*

Нови изглед здравствених установа у Србији

Обнова дома здравља

Грађевински радови ће бити завршени до краја године - Из буџета издвојено 60.000.000 евра.

Преуређење дома здравља у Србији које подразумева поправку, одржавање и набавку нове опреме, према најавама представника Министарства здравља, почеће ускоро, после чега ће уследити и њихова јединствена стандардизација.

Захваљујући овој новини, све зграде ће имати исту фасаду, обележја, плочице у ходницима и санитарне чворове. Конкурс за извођача радова објављен је прекјуче у штампаним медијима, а свим заинтересованим великим фирмама остављено је 30 дана да прикупе тендерску документацију. Конкурс је међународни, јер се за обављање послова траже велике фирме са што већим бројем радника.

Према речима др Невене Каравановић, државног секретара за здравство, страначке боје фасада по појединим домовима здравља биће уклоњене, а стручњаци ће се побринути чак и да лавабои и славине у објектима буду идентичне.

- Изабрани извођач радова може сам да бира подизвођача, али посао на реконструкцији 157 дома здравља мора да буде завршено за 90 дана. На зградама неће бити пројектантских радова, а радници ће обављати само преуређења која не изискују добијање грађевинске дозволе. На амбулантама које имају раван кров само ће се стари заменити новим, такође равним, јер би стављање косог крова захтевало добијање посебне дозволе локалне самоуправе – објаснила је др Каравановић.

Саме припреме за преуређење домова здравља обављене су још почетком године, а преко мреже Завода за заштиту здравља, ресорно Министарство је урадило анкету у домовима здравља о томе шта све треба обновити у објектима, како би се од 1. јануара 2007. године ове установе предале на управљање локалној самоуправи. Министарству здравља достављен је број кровова које треба заменити на зградама, број олука, подова, плаочица, столарије и других ствари. Представници министарства здравља и финансија су обавили и инспекцијске надзоре у домовима здравља да би увидели да ли су њихови захтеви оправдани. Цео пројекат биће финансиран из Националног инвестиционог плана Владе Србије, а за те сврхе из буџета је издвојено 60.000.000 евра.

Др Василије Антић, помоћник министра здравља, каже да је приоритет улагања у централне зграде домова здравља, а не у сеоске амбуланте.

- Новац је одобрен за грађевинске радове попут постављања нових подова, инсталација и система грејања, као и поправке кровова и других ствари неопходних за лепши изглед домова здравља. Будући да ће све установе бити обележене на јединствен начин, важно је истаћи и да ће њихово окружење бити уређеније. Пројекат подразумева и увођење новог информационог система, чиме бисмо убрзали административни рад, јер стручњаци из иностранства кажу да без компјутеризације нема напретка у здравству – објаснио је др Антић и додао да кроз инвестициони програм Министарство здравља жели да поправи услове за лечење у свим здравственим установама.

Зидови са којих отпада малтер, столице и клупе без наслона, зарђале цеви ће после овог преуређења постати прошлост. Према плану, у здравствене установе ће до 2010. године бити уложено још 350.000.000 евра.

*Д. Давидов
Политика, 04.08.2006.*

Вакцина џрлића машерице

Американци нису дugo размишљали: започињу вакцинацију девојчица и младих девојака дugo најављиваном вакцином против рака грлића материце. Последњег дана јуна, федерална влада је прихватила предлог Савета за вакцине и одобрila две милијарде долара за вакцинацију девојчица од 11 до 18 година, код којих ће се на тај начин спречити појава најчешћих карцинома грлића материце, односно цервикса.

Вакцину „гардасил“ производи фармацеутска компанија „Мерк“. Даје се у три дозе током шест месеци, отпимално код девојчица и младих девојака пре ступања у сексуалне односе. Вакцинација се препоручује у узрасту од 11 до 26 година. Влада САД је спремна да националним планом обухвати плаћање трошкова вакцинације за девојчице између 11 и 18 година, али и за оне од само девет година у случајевима где педијатри и гинекологи процене да је то потребно. У првом моменту проблем је це-на вакцине.

Наиме, она кошта 360 долара – онолико колико стају све дечје вакцине заједно. Чак ни богата Америка није лако „прогутала“ ову високу цену, али студије су биле изричите: не само да се вакцинацијом спасавају милиони живота, већ ће општом и свеобухватном имунизацијом девојчица здравство уштедети много више новца. Уз све кампање, обавезне гинеколошке прегледе, едукације, Америка се није изборила са раком грлића материце, нарочито у најсиромашнијим слојевима. По најновијим статистикама, годишње се региструје 9.710 оболелих жена, а умре око 3.700 жена. У неразвијеним земљама, по подацима Светске здравствене организације, овај рак је најсмртоноснија малигна болест: годишње погађа око 470.000 жена, а убија 233.000.

Политика, 07.07.2006.

Регистар аномалија

Нови Сад – У Скупштини АП Војводине представљен је за сада први пројекат у Србији који има циљ да још у мајчиној утроби благовремено установи могуће аномалије плода чиме се ствара могућност за адекватну интервенцију. Регистар конгениталних аномалија и хромозомопатија припремио је Покрајински секретаријат за здравство и социјалну политику, а цео посао стаје 30 милиона динара који су обезбеђени из покрајинског буџета.

Према речима ресорног покрајинског секретара др Милоша Лучића, крајњи циљ целог пројекта је рађање здравих беба, јер их је у Војводини ионако премало да би се обезбедила бар проста репродукција становништва.

C. Ж.
Политика, 10. 6. 2006.

Центар за рано откривање
општећења слуха код најмлађих

„Дечја кућа“ ћрва у региону

У улици Мије Ковачевића 13 свакодневно помоћ може да поширижи око двесета пацијената.

Центар за рану дијагностику и терапију деце са општећеним слухом, назван „Дечја кућа“, јуче је отворен у приземљу Клинике за педијатрију „Др Олга Поповић Дедијер“ у Улици Мије Ковачевића 13. Центар површине око три стотине квадратних метара, у склопу Клиничко-болничког центра Зvezdara. Одељење за оториноларингологију, први је те врсте у региону, а свакодневно ће можи да рехабилитује двеста малишина општећеног слуха.

Свечаном отварању је присуствовао Томица Миросављевић, министар здравља Републике Србије, који је пожелeo да свака здравствена установа добије хумане услове за рад.

Професор доктор Зоран Иванковић, директор КБЦ „Звездара“, захвалио је хума-

нитарној организацији „Мост живота“ и Едварду Вејну који су у сарадњи са Министарством здравља Републике Србије помогли овај пројекат. Он је нагласио да ће центар обједињавати дијагностику и лечење и да ће у њему поред лекара специјалиста радити и психологи, дефектологи и васпитачи.

Др Сандра Стојановић, један од идејних покретача читавог пројекта, објаснила је значај ове установе, истичући податак да је од хиљаду новорођених троје општећеног слуха.

Отварање центра у Улици Мије Ковачевића, поред великог броја лекара, присуствовали су и представници амбасада у Београду, хуманитарне организације „Мост живота“, епископ Иринеј Буловић, као и чланици Секретаријата за здравство.

A. Марковић
Политика, 16.9.2006.

Основан приватни дом здравља
„Др Ристић“

Бесплатни прегледи

У просторијама приватног Дома здравља „Др Ристић“, у Улици Народних хероја 38, јуче је у присуству угледних званица свечано обележен почетак рада ове установе. Лекари су објаснили да су већ покренули бесплатна саветовалишта за шећерну болест и оболења зависности, школу родитељства, лекарска тумачења лабораторијских резултата и мерење крвног притиска у ординацији.

– За 12 година рада у Поликлиници „Др Ристић“, која је прерасла у Дом здравља, прегледали смо око 10.000 пацијената. Имамо жељу да склопимо уговор са Републичким заводом за здравствено осигурање и осигурницима са здравственом книжицом пружимо могућност да се овде лече. На тај начин смањиле би се и листе чекања у другим установама – објаснила је Сања Mrđanov, задужена за односе са јавношћу.

У наредним месецима лекари Дома здравља организоваће и акцију бесплатних прегледа онколога са циљем раног откривања рака дојке, а посебну пажњу медицинари ће посветити проблему малог броја новорођенчади у нашој земљи кроз програм „Бела куга“.

Преглед у Дому здравља кошта 2.200 динара, гинеколошки преглед 200 динара мање, стављање гипса 1.200, узимање бриса 250 динара,

нара, док за рендген срца и плућа треба издвојити 1.200 динара.

Они који нису у могућности да дођу до ове здравствене установе на телефон 2693-287 могу да добију савет лекара сваког дана од 8 до 21.30 сати.

Д. Д.
Политика, 16.09.2006.

Упутство ауторима

У часопису „Здравствена заштита“ објављују се оригинални научни радови, претходна саопштења, прегледи и стручни радови, из социјалне медицине, из историје медицине и здравствене службе, здравственог осигурања, економије у здравству, информатике и менаџмента.

Уз рукопис чланка треба приложити изјаву с потписима свих аутора да чланак није објављиван. Сви приспели радови упућују се на рецензију. Радови се не хоноришу. Рукописи се не враћају. Рукопис рада у два примерка и евентуално дискуту са ознаком програма (текст процесора) слати на адресу: **Уређивачки одбор часописа „Здравствена заштита“, Комора здравствених установа Србије, 11000 Београд, Нушићева 25.**

Ошића правила

Рукопис чланка писати дуплим проредом са маргинама од 2,5 цм, на папиру формата А4 и то само са једне стране. Графитном оловком на маргини текста означити места за табеле, слике, шеме и графиконе. Литературни подаци у тексту означавају се арапским бројевима у заградама, редоследом којим се појављују у тексту. Пошто се часопис штампа ћирилицом, **црвеном оловком подвучи речи које треба штампати латиницом.**

На посебној страници (у једном примерку) навести наслов чланка без скраћеница, затим пуна имена и презимена аутора и њихове стручне титуле и називе установа и места у којима раде. Имена аутора повезати са називима установа индексираним арапским бројкама. На дну странице откуцати име и презиме аутора са којим ће се обављати ко-

респоденција, његову адресу, број телефона и евентуално e-mail адресу.

Текст чланка писати кратко и јасно на српском језику. Скраћенице користити изузетно и то само за веома дугачне називе хемијских супстанција, али и за називе који су познати као скраћенице (нпр. АИДС, РИА итд.).

Обим рукописа

Обима рукописа (не рачунајући кратак садржај и списак литературе) за прегледни рад може износити највише шеснаест страна, за оригиналан рад десет страна, за стручни рад осам страна, претходно саопштење четири стране, а за извештај, приказ књиге и писмо две стране.

Кратак садржај

Уз оригинални научни рад, саопштење, прегледни и стручни рад треба приложити на посебној страници **кратак садржај до 250 речи на енглеском и српском језику.** У њему се наводе битне чињенице, односно кратак приказ проблема, циљеви и метод рада, главни резултати и основни закључци рада.

Уз све врсте чланака за које је потребан кратак садржај, откуцати на посебној страници наслов рада, резиме и иницијале имена и презимена аутора, називе установа.

Табеле

Свака табела се куца на посебној страници. Табеле се означавају арапским бројкама по редоследу навођења у тексту. Наслов табеле који се куца изнац табеле приказује

њен садржај. Коришћење скраћенице у табели обавезно објаснити у легенди табеле.

Слике (фотографије)

Приложити само квалитетно урађене фотографије и то у оригиналу. На полеђини сваке слике написати презиме првог аутора, скраћени назив члanka, редни број слике, а врх слике означити вертикално усмереном стрелицом. Наслов слике написати на посебном листу.

Претежи (шеме, графикони)

Примају се само прегледно урађени цртежи на белој хартији.

Списак литературе

Куца се на посебној страни, двоструким проредом, а троструким између поједињих референци, с арапским бројевима према редоследу навођења у тексту. број референци у списку не треба да прелази 20, осим за прегледни рад. Стил навођења референци је по угледу на „Index Medicus“.

НАПОМЕНА: Ово упутство је сачињено према Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, који је објавио „International committee of medical journal editors“ у N. Eng. J. Med. 1997;336; 309–15.

CIP – Каталогизација у публикацији
Народна библиотека Србије, Београд

614

ЗДРАВСТВЕНА ЗАШТИТА : Часопис за социјалну медицину, здравствено осигурање, економику и менаџмент / главни и одговорни уредник Предраг Довијанић. - Год. 1, бр. 1 (1972)-. -Београд (Нушићева 25) : Комора здравствених установа Србије, 1972 - (Београд : Обележја). - 27 см.

Двомесечно.

ISSN 1451–5253 = Здравствена заштита
COBISS.SR-ID 3033858