

GODI NA XXXVII

Broj 3

JUN 2008. GODI NE

^ASOPIS ZA SOCIJALNU MEDICINU,
ZDRAVSTVENO OSIGURAVANJE, EKONOMIKU,
INFORMATIKU I MENADŽMENT U ZDRAVSTVU

ZDRAVSTVENA K ZAŠTITA

Urednički odbor:

Predsjednik:

Prim. dr Ilija Tripkovi}

Glavni i odgovorni urednik:

Prof. dr Predrag Dovijani}

Zamenik glavnog i odgovornog urednika:

Prof. dr Mirjana Martinov-Cveji n}

^lanovi:

Dr Vasilije Anti}

Svetlana Vukajlovi}, dipl. pravnik

Rade Nikoli}, dipl. pravnik

Prof. dr Momir Carevi}

Prim. dr sc. Tawa Kne`evi}

Rajko Grgurevi}, dipl. ecc.

Dr Vuko Antonijevi}

Prim. dr Mirjana Velimirovi}

Sekretar:

Milka Tomi}-Kari{ik}

VLASNIK I IZDAVA^: Komora zdravstvenih ustanova Srbije - Beograd

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

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

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

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

Lektura
Kovica Dabi}

Tira`:
500 primeraka

Tehni~ki urednik:
Sini{a} etkovi}

Korektura:
Velibor Stanojevi}

[tampa:
„Seka“, Beograd

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

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

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

Sadržaj

Svetski dan zdravca, 7. aprila 2008.

Poruka svetske zdravstvene organizacije
„Zaštiti timo zdravca od klimatskih promena“ 1

Dr M. Danzon

Zaštita zdravca Evropana od klimatskih promena 3

Stručni i naučni radovi

Asist. mr sc. D. Milutinovi}, prof. dr T. Cigi}, prof. dr M. Martinov-Cvejin
Pokazatelji kvaliteta bolničke zdravstvene nege 9

Prof. dr \. Jakovčevi}, dr D. Jakovčevi}

Strategije i programi prevencije i kontrole nezaraznih bolesti ... 21

Institut za javno zdravca „Dr Milan Jovanovi} Batut“, Beograd.

Zarazne bolesti u Republici Srbiji 31

Doc. dr N. \onovi}, prof. dr V. Damjanov, dr K. Lazarevi}

Hi gijensko-sanitarno stawe u
seoskim ambulantama [umadijskog okruga 37

*Prim. dr sc. A. Nečkovi}, prim. mr sc. dr M. Paunovi},
prim. dr sc. Z. Dimitrijevi}. B. Budi}, VMS*

Uloga i mesto dnevne bolnice u zdravstvenom sistemu Srbije..... 43

Dr S. Petrovi}, dr V. @ivanovi}

Kvalitet rada u općtim bolnicama
Braničevskog i Podunavskog okruga 51

Dr Q. Crnčevi}-Radovi}, dr sc. V. Krstić}

Instituti/zavodi za javno zdravca Srbije u promenama..... 57

Dr sc. V. Tomić}, dipl. soc.

Menaxment promenama u sistemu zdravstvene zaštite 63

Dr N. Gavri}, dr S. Nedić}

Uporedna analiza primjene spoćnih
fiksatora kod otvorenih preloma potkoćenice 67

I z Mi ni starstva zdravqa Srbije	71
Pravilnik o bli`im uslovima, na~inu i postupku obavqawa metoda i postupaka tradicionalne medicine.....	75
I z Srpskog Lekarskog dru{tva	
I zabrani lekar - { to pre do svetskih standarda.....	79
Pouke i poruke.....	83
Pri kaz kwi ga	
Prim dr Branislav Popovi }	
Ruski lekari u Srbiji i Crnoj Gori	87
Priredila: prof. dr Q. \ukanovi }	
Pedeset godina nefrologije u Srbiji „Pri lozi za istoriju nefrologa u Srbiji “	88
Prim dr Branislav Popovi }, dr Miroslav Vidanovi }	
Srpski vojni sanitet u 1916. godini	88
Kalendar zdravqa	91
In memoriam	
Profesor dr Marko Vulovi }	93
Uputstvo autori ma	95

Svetki dan zdravqa, 7. april 2008.

Poruka svetske zdravstvene organizacije „Za{ titimo zdravqe od klimatskih promena“

Svetki dan zdravqa, koji se obele`ava svake godine sedmog aprila, ove godine je posve}en za{ titi zdravqa od klimatskih promena. Zbog toga smo odlu`ili da u obele`avawe dana{ weg datuma ukqu-imo i na{ e kolege iz institucija povezanih sa za{ titom `ivotne sredine.

Poznato je da su klimatske promene jedan od najve}ih izazova dana{ wice. One negativno uti~u na osnovne faktore zdravqa kao { to su hrana, vazduh i voda. Obele`avaju}i danas ovaj dan, pridru`ujemo se globalnim aktivnostima koje se odvijaju { irom sveta, a odnose se na za{ titu qudskog zdravqa od klimatskih promena.

@eleo bih da iskoristim ovu priliku da Vas jo{ jednom podsetim na ~iwenice koje verovatno poznajete.

Emisija gasova staklene ba{ te koje nastaju sagorevawem fosilnih goriva zagrevaju zemqu, a wihova emisija pove}ala se u posledwe ~etiri decenije za 70 odsto. Najve}i doprinos emisiji ovih gasova daje energetski sektor, ali se u evropskim zemqama podjednaka koli~ina gasova staklene ba{ te emituje i iz saobra}aja. Procewuje se da }e emisija iz saobra}aja u zemqama Evropske unije biti uve}ana za 50 odsto u pore|ewu sa 2000. godinom.

Globalna prose~na temperatura u posledwih sto godina uve}ala se za 0,74°C. Ako nastavimo sa postoje}im trendom emisija do kraja 21. veka, za Evropski region ovo pove}awe iznosi }e od 2,3°C do 6°C.

Evropska populacija, pa i stanovnici Srbije, izlo`eni su klimatskim promenama kroz promene klimatskih uslova, bilo da se radi o ekstremno visokim temperaturama u toku leta, ve}oj koli~ini padavina i promena u vodosnabdevawu, prisustvu zaga|uju}ih

materija u vazduhu, kao i indirektno preko uticaja na eko sistem, poqoprivredu itd. Ova izlo`enost promewenim uslovima uti~e na qudsko zdravqe i kvalitet `ivota na mnogo na~ina. Fiziolo{ki mehanizmi adaptacije ~oveka, kao dela `ivog sveta na na{ oj planeti, veoma su ograni~eni.

I maju}i sve ovo u vidu, zdravstveni sistemi moraju adekvatno da odgovore na ove izazove. Tradicionalni pristup odgovoru, ne samo u Srbiji, bio je fokusiran ne samo na oblast za{ tite `ivotne sredine, ekonomske ili bezbednosne aspekte. U leto 2003. godine, samo u Evropi je broj smrtnih slu~ajeva povezanih sa ekstremno visokim temperaturama bio ve}i za oko 35000, nego u istom periodu prethodne godine.

Tokom 90 godina u svim delovima sveta ekstremne ki{e, poplave i uragani prouzrokovali su smrt oko 60 000 qudi. Kako klimatski uslovi uti~u na pojavu i prenos bolesti koje se prenose vodom, ali i putem vektora kao { to su, na primer, komarci, bolesti ~ija pojava i preno{ewe zavise od klimatskih uslova spadaju u najve}e globalne ubice. Proliv, malarija, pothrawnost izazvane gla|u usled su{e bili su uzrok vi{e od 3,3 miliona smrti u 2002. godini.

Zbog svega ovoga aktivnosti koje se moraju preduzeti u okviru odgovora zdravstvenih sistema na ove pora`avaju}e ~iwenice i koje preduzimamo u Republici Srbiji imaju za ciq da oja}aju pripremljenost zdravstva i kapacitet za odgovor. Ovde spadaju aktivnosti u vezi sa informisawem zdravstvenih radnika tako da budu sposobni da prepoznaju specifi~ne probleme povezane sa klimatskim promenama, a posebno na najosetqivije grupe stanovni{tva, kao { to su deca, oboleli od hroni~nih bolesti, romska popu-

lacija, stari i siromašni. U snabdevanju vakcinama, lekovima i dijagnostičkim sredstvima, neophodno je imati u vidu i posebne zahteve prouzrokovane izmjenom klimom.

Zbog toga radimo na jačanju institucija u sistemu javnog zdravstva kako bi mogli da omoguće za veću broj stanovnika adekvatnu vodu za piće i sanitaciju, sigurnu i adekvatnu ishranu, vakcinaciju i praćenje pojava bolesti u toku klimatskih promena.

Neophodno je obezbediti veću broj zdravstvenih radnika kako bi se upoznali sa novim tehnicama i prepravama (predviđaju se da će malarija ponovo postati problem u mnogim zemljama, pa i u Srbiji).

Takođe, onako kako smo danas prisutni svi ovde zajedno, neophodno je u svim aktivnostima ostvariti dobru saradnju između sektora energetike, saobraćaja, planiranja, izgradnje, upotrebe zemljišta, upravljanja vodama itd. sa zdravstvenim sektorom u do-

nošću odluka, kao i u donošenju nove zakonske regulative koja će moći da odgovori izmjenim potrebama.

Saradnja sa državama koje se suočavaju sa sličnim problemima je neophodna, i iz tog razloga Republika Srbija, u okviru Svetske zdravstvene organizacije, pristupila je primeni međunarodnog sanitarnog pravilnika od januara 2008. godine.

Mi koji u fokusu svojih aktivnosti imamo ljudsko zdravlje, zahtevamo od svih ostalih sektora da ljudsko zdravlje stave u srž politike klimatskih promena, kako bismo ponovo učinili napor da zaštitimo zdravlje putem dostizanja Milenijskih ciljeva. Pored jačanja politike javnog zdravstva tako da može da odgovori klimatskim promenama, zahtevamo od pojedinaca da naprave lične izbore, a od ostalih sektora da nas uključe u donošenje odluka kako bismo poboljšali zdravstveno stanje stanovništva i odgovor na klimatske promene.

Svetski dan zdravqa, 7. april 2008.

Za{ tita zdravqa Evropqana od klimatskih promena*

M. Danzon¹

Povezanost klimatskih promena i zdravqa

Klimatske promene ugro`avaju zdravqe ljudi. Budu}i scenariji pru`aju izuzetno negativnu sliku ukoliko ne budemo reagovali odmah. Suo-avawe sa klimatskim promenama vi{e ne predstavqa izbor, ve} neophodnost, posmatrano sa aspekta uticaja na ljudsko zdravqe.

Za{ tita zdravqa od klimatskih promena nagla{ava vode}u ulogu zdravstvenih sistema u smawewu izlagawa stanovni{tva globalnom zagrevawu, kao i wegovim efektima.

Sadr`aj ove prezentacije:

1. Klimatske promene
2. Uticaj na zdravqe i reagowawe sektora javnog zdravqa
3. Rizik-ine grupe i nejednakosti
4. Uloga zdravstvenih sistema
5. Delowawe Evropske kancelarije Svetske zdravstvene organizacije.

1. Klimatske promene

Emisija gasova staklene ba{te nastalih delowawem ljudi u protokle{etiri decenije je pove}ana za 70 odst o.

- Pove}awe prose~ne temperature na planeti od sredine dvadesetog veka najverovatnije je u najve}oj meri posledica pove}awa koncentracije gasova staklene ba{te nastalih delowawem ljudi.

(I zvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 – Me|uvladi n panel o klimatskim promenama, 2007).

- Saobra}aj i kori{ }ewe enegrije predstavqaju najve}e emitere u Evropi.
(I zvor: EEA, European Environment Agency 2007 – Evropska agencija za `ivotnu sredinu, 2007).
- Do 2030. godine predvi|a se pove}awe od 50 odst o koncentracije izduvni h gasova koji poti~u iz saobra}aja u Evropskoj uniji, u odnosu na 2000. godinu.
(I zvor: EEA, European Environment Agency 2007 – Evropska agencija za `ivotnu sredinu, 2007).

Emisija gasova staklene ba{te dovodi do pove}awa temperature na zemqi.

- Tokom poslednih sto godina gasovi staklene ba{te su doprineli globalnom pove}awu prose~ne temperature na povr{ini zemqe za 0,74°C.
(I zvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007– Me|uvladi n panel o klimatskim promenama, 2007).
- Predvi|a se da }e do kraja 21. veka do}i do pove}awa temperature u Evropi za 2,3 do 6°C.

(I zvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007– Me|uvladi n panel o klimatskim promenama, 2007).

U Evropi se uticaj klimatskih promena ve} mo`e vidno uo-iti.

- talasi vru}ina
- poplave
- su{e
- pove}ana zaga|enost vazduha
- nesta{ice vode i nebezbedna hrana

*Preveo: N. Bogojevi}, dipl. ph. bi ohemii-ar

¹ Dr Mark Danzon, regionalni direktor Svetske zdravstvene organizacije za Evropu.

- promena u geografskoj rasprostranjenosti izaziva bolesti.

Svi ovi faktori uti~u na zdrav~e ljudi i njihovo blagostanje.

2. Uticaj na zdrav~e i reagovanje sektora javnog zdravstva

Predvi~eno je da }e od 2030. godine u svetu godi{ we umreti 200 000 ljudi vi{ e kao posledica klimatskih promena.

Predvi~eno pove}awe smrtnosti mo`e se pripisati efektima za koje se o~ekuje da }e biti posledica dejstva klimatskih promena na probleme neuhra~enosti, malarije, bolesti koje izazivaju dijareju i poplava.

Ovi efekti }e u najve}oj meri biti koncentrisani u zemljama u razvoju.

(I zvor: WHO, World Health Organisation 2008 – Svetska zdravstvena organizacija, 2008).

Evropu je u posledwe tri decenije pogodilo vi{ e od 1000 ekstremnih klimatskih doga|aja.

Pojava su{ a, ekstremnih temperatura, poplava, nekontrolisanih po`ara u prirodi, olujnih vetrova i sli~no, predstavljaju velike, iznenadne zahteve zdravstvenim sistemima, koji }e u budu}nosti biti jo{ ve}i.

Kako spre~iti efekte na zdrav~e:

Neophodno je oja~ati zdravstvenu bezbednost tako { to }emo:

- koristiti postoje}e sisteme za hitne situacije,
- pripremiti dugoro~ne planove za prevenciju,
- obavestavati o doga|ajima putem Me|unarodnih zdravstvenih propisa,
- omogu}iti efikasnu komunikaciju.

Za u~estalu pojavu talasa vru}ina mo`e se sa najve}om sigurno{ }u re}i da predstavlja posledicu klimatskih promena.

- Svaki stepen pove}awa temperature dovede do pove}awa mortaliteta izme|u jedan i ~etiri odsto.

(I zvor: KOVATS, 2006).

- Procenjuje se da je u Evropi prijavljeno preko 70 000 nepredvi|enih smrtnih slu~ajeva u leto 2003. godine.

(I zvor: ROBINE, 2008).

- Stru~naci predvi|aju da }e sa pove}awem globalne sredwe temperature od 3°C, u periodu od 2071. do 2100. godine, u Evropskoj uniji godi{ we umreti 86 000 ljudi vi{ e nego { to je predvi|eno.

(I zvor: PRESETA, 2008).

Kako smanjiti efekte na zdrav~e:

Potrebno je primeniti akcione planove usmerene na borbu protiv efekata velikih vru}ina na zdrav~e, a posebno:

- osigurati da zdravstveni sistemi budu spremni i obu~eni da reaguju,
- smanjiti izolovanost ljudi velikim vru}inama,
- organizovati sistem obave{tavawa koji }e na vreme upozoravati i savetovati gradane o opasnostima po zdrav~e koje donose vremenske prilike.

Hladno vreme jo{ uvek poga|a Evropu, pogotovu u severnim predelima.

- Niska spoqa{wa i sobna temperatura mogu dovesti do efekata na kardiovaskularni i respiratorni sistem.
- Obolelawa i smrtni ishodi u periodima hladnog vremena u najve}oj meri poga|aju siroma{na doma}instva.
- Upotreba ~vrstih fosilnih goriva mo`e ugroziti zdrav~e ljudi; ova ~ivenica se mo`e dovesti u vezu sa smr}u 13 000 dece godi{ we.

(I zvor: WHO, World Health Organisation 2004

– Svetska zdravstvena organizacija, 2004).

- Ve}ina evropskih zemalja je pogo|ena pove}awem zimskog mortaliteta od 5 do 30 odsto.

(I zvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 – Me|uvladin panel o klimatskim promenama, 2007).

Kako smawiti efekt e na zdravqe:

- osigurati dostupnost ~iste, pristupa~ne i pouzdane energije,
- obezediti jef tinije tarife i politiku socijalne pomo}i,
- promovisati { tedwu energije.

Predvi|eno pove}awe koli~ine padavina kao posledica klimatskih promena u~ini}e da se poplave ~e{ }e javqaju i budu ja~e izra`ene.

- O~ekuje se da u severozapadnoj Evropi do|e do ~e{ }e pojave zimskih pojava, kao i iznenadnih poplava u celoj Evropi.
- Procene su da }e i do 1,6 miliona qudi vi{e biti ugro`eno godi{we u Evropskoj uniji zbog plavqewa na morskim obalama.

(I zvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 - Me|uvladi n panel o klimatskim promenama, 2007).

Kako smawiti efekt e na zdravqe:

- preusmeriti delovawe sa akcija u slu~aju nesre}e na upravqawe rizicima,
- pove}ati spremnosti zdravstvenih sistema,
- def inisati inf rastrukturalne procedure,
- uspostaviti veze sa sistemima pravovremenog obave{tavawa,
- organizovati kampawe podizawa svesti stanovni{tva o borbi protiv poplava.

Klimatske promene imaju ut icaj na ishranu i bezbednost hrane.

U oblasti Mediterana, jugoisto~ne Evrope i centralne Azije do}i }e do smawewa proizvodwe hrane. Tokom 21. veka prinosi poqoprirednih kultura u centalnoj Aziji mogli bi da budu mawi ~ak i 30 odsto.

(I zvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 - Me|uvladi n panel o klimatskim promenama, 2007).

Vi{e spoqa{we temperature pogoduju rastu bakterija u hrani, kao {to je *Salmonela*.

(I zvor: KOVATS, 2006).

Kako smawiti efekt e na zdravqe:

Neophodno je primeniti Akcioni plan za hranu i ishranu Svetske zdravstvene organizacije, naro~ito:

- intenzivirati pra}ewe i nadzor situacije,
- prepoznati promene i analizirati trendove nastanka bolesti koje se prenose hranom ili su vezane za na~in ishrane
- edukovati i obave{tavati stanovni{tvo o pravilnoj i zdravoj ishrani i postupcima za bezbedno rukovawe i upotrebu namirnica.

Klima dovodi do promena u preno{ewu zaraznih bolesti t ako {to uti~e na geografsku rasprost rawenost wihovih izaziva~a.

- Klimatske promene }e dovesti u pitawe napredak koji je u~iwen u eliminaciji malarije u Evropi i centralnoj Aziji i pove}ati rizik od izbijawa lokalnih epidemija.

(I zvor: WHO, World Health Organisation 2004 - Svetska zdravstvena organizacija, 2004).

- Lajmska bolest se, prate}i kretawe krpeqa, pomera ka sve severnijim predelima i sve ve}im visinama.

(I zvor: WHO, World Health Organisation 2005 - Svetska zdravstvena organizacija, 2005).

- Laj{manijaza, ko`na bolest koju prenose sitni dvokrilci, tako|e se seli na sever.

(I zvor: WHO, World Health Organisation 20045 - Svetska zdravstvena organizacija, 2005).

- Izbijawe ^ikangunija epidemije 2007. godine u Italiji omogu}eno je prisustvom odgovaraju}eg izaziva~a u dovoqnom broju, koji je doveo do odr`ivog preno{ewa u lokalnoj sredini.

(I zvor: ECDC, European Centre for Disease prevention and Control 2007. - Evropski centar za prevenciju i kontrolu bolesti, 2007).

*Kako smanjiti efekte na zdravlje:
(u saradnji sa veterinarskim sektorom)*

- organizovati vakcinaciju, gde je to potrebno,
- pojačati nadzor i kontrolu prenosilaca bolesti,
- obezbediti brzu dijagnostiku,
- podići nivo svesti stanovništva o ponavljajućim bolestima koje omogućavaju najbolju zaštitu.

Stručnjaci predviđaju da će do 2080. godine nestati 100 miliona ljudi zbog izmenjenog nivoa mora i 44 miliona stanovnika.

- Umaweni letovi priliv vode i za 80 odsto imaće za posledicu gubitak vode za piće i povećanu mogućnost kontaminacije.

(Izvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 – Međuvladin panel o klimatskim promenama, 2007).

- Kvalitet priobalne vode je ugrožen, a time su kupci i osobe koje konzumiraju morske plodove izloženi opasnosti od infekcije.
- Ovo može otežati pristup istoj vodi i sanitarnim uslovima, što je u Evropi već nejednako zastupeno.

Kako smanjiti efekte na zdravlje:

- Omogućiti sigurnost snabdevanja vodom primenom Protokola o vodi i zdravlju, a naročito:
- obezbediti sanitarne uslove i pristup vodi za piće,
- poklavati veću pažnju proceni i kontroli rizika,
- pojačati praćenje bolesti i njihovo izbijanje.

Klimatske promene su odgovorne za sve ranije početke sezone polenskih kijavica.

Alergijske bolesti izazvane pojavom polena, kao što je rinitis, javljaju se svake godine sve ranije.

(Izvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 – Međuvladin panel o klimatskim promenama, 2007).

Kako smanjiti efekte na zdravlje:

Zdravstveni radnici treba energično i pouzdanim informacijama da skrenu pažnju javnosti o preventivnim akcijama i terapijama.

Klimatske promene mogu da utiču na koncentracije i frekvenciju zagađenog vazduha.

- Promene u strujama vetrova podstiču putovanje zagađenog vazduha na velike udaljenosti.
- Efekti na zdravlje koje uzrokuju talasi velikih vrućina su izraženi kada je zagađenog vazduha mnogo.
- Ozon i esteri prisutni u vazduhu su od najvećeg značaja za zdravlje ljudi:
 - ozon je odgovoran za 20 000 prerano preminulih ljudi u Evropskoj uniji, kao i za 200 miliona dana tokom kojih su ljudi patili od akutnih respiratornih simptoma.

(Izvor: WHO, 2004).

- visok nivo estera u vazduhu nastao delovanjem ljudi u Evropi povećava smrtnost i životni vek svakog stanovnika za preko osam meseci.

(Izvor: WHO/EC, 2004).

Kako smanjiti efekte na zdravlje:

- nametnuti standarde kvaliteta vazduha, izbegavajući mere tetne po zdravlje,
- promovisati čišću energiju i smanjenje motorizovanog transporta,
- edukovati stanovništvo da treba da izbegava rekreaciju u prirodi u uslovima visokog nivoa ozona i velikog zagađenja na putevima.

3. Rizikne grupe i nejednakost

Klimatske promene utiču na svaku osobu, ali ne na isti način.

Osetljivost na efekte koje izazivaju klimatske promene varira između različitih populacija.

- Deca su najviše podložna efektima klimatskih promena, posebno se njihovi organizmi nalaze u fazi razvoja, kao i zbog dugoročnog izlaganja.

- Vrućine najviše pogađaju starije stanovništvo: hronične bolesti i neki lekovi mogu da smanje njihovu sposobnost da izdrže na kraj sa ekstremno visokim temperaturama.
- Osobe koje rade u hitnim službama i radnici koji rade u nepovoljnim uslovima posebno su pogođeni ekstremnim vremenskim prilikama.

Klimatske promene će imati nepovoljan uticaj na ekonomski razvoj.

Više od 60 miliona ljudi u istočnoj Evropi živi u uslovima apsolutnog siromaštva.

- Klimatske promene mogu značajno da pogoršaju razlike koje su приметne u zdravstvenom stavu unutar zemlja, kao i između njih. Ovo će predstavljati dodatni pritisak na siromašne stanovništvo.
- Do kraja ovog veka se očekuje da će cena borbe sa klimatskim promenama iznositi i do pet odsto domaćeg proizvoda iz celog sveta.

(Izvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 – Međuvladin panel o klimatskim promenama, 2007).

- Klimatske promene prete da umane napredak u kojem ka ostvarivaju Milenijskih razvojnih ciljeva (Millennium Development Goals – MDG).

(Izvor: IPCC, Intergovernmental Panel on Climate Change 2007 – Međuvladin panel o klimatskim promenama, 2007).

4. Uloga zdravstvenih sistema

Zaštita zdravlja Evrope od klimatskih promena.

Uticaj klimatskih promena na zdravlje je podstaklo povećane kapaciteta zdravstvenih sistema.

Zdravstveni sistemi su u jedinstvenoj poziciji da:

- pitava koja se tiče zdravlja postave visoko na listi u borbi protiv klimatskih promena,

- primene strategije kojima će se ograničiti dejstvo klimatskih promena na zdravlje,
- podstiču i zagovaraju delovanje u drugim sektorima koje se može dobro odraziti na zdravlje ljudi,
- vode u ovoj borbi sopstvenim primerom. *Kapacitet zdravstvenih sistema da zaštite zdravlje stanovništva od klimatskih promena značajno varira izvan Evrope.*

Postoje opšte prihvatljive aktivnosti koje svi zdravstveni sistemi treba da preduzmu kako bi omogućili veću spremnost i efikasije reagovanje.

1. Identifikovati probleme, rizične grupe, potrebnu komunikaciju i drugu opremu, zalihe i neophodnu obuku;
2. Pojačati mere koje sprovode institucije javnog zdravlja usmerene ka prilagođavanju na klimatske promene (na primer: obezbediti sanitarne uslove i istu vodu, bezbednu i odgovarajuću ishranu, imunizaciju, praćenje i kontrolu bolesti, kontrolu izazivača bolesti i spremnost za delovanje u slučaju katastrofa);
3. Obučiti i edukovati zdravstvene radnike o pitanjima vezanim za efekte klimatskih promena na zdravlje (na primer: novi načini prenošenja zaraznih bolesti, simptomi i lečenje bolesti vezanih za ekstremne vremenske uslove);
4. Pravovremeno prezentovati precizne informacije odgovornima i široj javnosti, kako bi bile sprovedene odgovarajuće mere zaštite zdravlja od klimatskih promena;
5. Pojačati zdravstvenu bezbednost (odnosno, olakšati saradnju između zemalja u uslovima zdravstvenih kriza izazvanih klimatskim promenama, a kada zdravstvena bezbednost zahteva primenu međunarodnih zdravstvenih propisa);
6. Promovisati važnost zdravlja u drugim sektorima (gde, recimo, smanjenje emisije izduvnih gasova može pomoći da utiče na zdravlje – u transportu, energetici

ci, izgradnja stanova, korišćenje zemljišta, upravljanje vodnim resursima),

7. Postati primer kako se treba boriti protiv osnovnih uzroka koji su doveli do klimatskih promena preduzimavem mera za smanjenje ugljenikog profila* zdravstvenog sistema.

5. Delovawe Evropske kancelarije Svet ske zdravst vene organizacije Podrška zemqama ~lanicama

Svet ska zdravst vene organizacija podrška zemqama Evrope.

Delovawe Evropske kancelarije Svetske zdravstvene organizacije zasni va se na desetogodišnjem iskustvu, pomoći i jačanju zdravstvenih sistema zemalica u cilju zaštite zdravlja od klimatskih promena. Ono uključuje:

- pomoć u sprečavanju poplava i posledica velikih vrućina,
- programe za borbu protiv zaraznih bolesti, unapređenje sanitarnih uslova i kva-

liteta vode i delovawe u slučaju prirodnih katastrofa,

- obaveštavanje javnosti o načinima da se izbegnu rizične situacije,
- koordinaciju i sprovedu pregleda naučnih radova koji pružaju dokaze o povezanosti klimatskih promena i zdravlja,
- povećanje kapaciteta za borbu protiv efekata klimatskih promena na zdravlje.

Novo oružje Svet ske zdravst vene organizacije namaweno odgovornim licima u Evropi predstavqeno na Svet ski dan zdravlja 2008. godine.

„Zaštita zdravlja Evropljana od klimatskih promena“ jeste publikacija koja nas upozna je sa postojećim i budućim efektima klimatskih promena na zdravlje ljudi. Ona istovremeno predstavqa i praktičan vodič za delovawe u određenim situacijama koje zemlje članice i njihovo stanovništvo mogu odmah da preduzmu kako bi zaštitili svoje zdravlje.

* Ugljenikni profil/stopa (*carbon footprint*) jeste ukupna mera doprinosa zagađewu sredine neke zemlje, preduzeća, sistema... (prim. prev.)

Stru-ni i nau-ni radovi

Pokazateqi kvaliteta bolni~ke zdravstvene nege

D. Milutinovi},¹ T. Cigi},² M. Martinov-Cvejin³

Quality Indicator of Hospital Nursing Care

Milutinovic, D. M.D., Mr sc; Cigic, T., M.D., Prof.; Martinov-Cvejin, M., M.D., Ph.D., D.S.M., Prof

Sa`etak. Pravo je svih pacijenata/korisnika da dobiju kvalitetnu zdravstvenu negu, koja je odgovornost svih medicinskih sestara koje je realizuju. Kvalitetna zdravstvena nega defini{e se kao nega koja se pru`a u skladu sa ustanovljenim standardima i principima sestarske profesije.

Prema Donabidijenu kvalitet zdravstvene nege se mo`e posmatrati sa aspekta kvaliteta struktura, kvaliteta procesa i kvaliteta ishoda. Pojedini autori su isticali va`nost procene stava medicinskih sestara prema kvalitetu i njihovom uticaju na ishod sveukupne nege i le~ewa. U zak~ku kvalitativne studije, koja je sprovedena u cilju utvr`ivawa zna~ajnih aspekata sestarske nege koji mogu uticati na kvalitet sveukupne nege na hirur{kim odeljenjima, navode se dve dimenzije kvaliteta koje su nazvane „preduslovi“ i „elementi performansi“.

Interesovanje za ispitivawe, odnosno procenu, kvaliteta zdravstvene nege naglo je poraslo kada je Ameri~ko udru`ewe medicinskih sestara dizajniralo IZVE{tajni program kvaliteta zdravstvene nege. Ovo udru`ewe je identifikovalo kao pokazateqe kvaliteta za bolnike u negu: zadovoljstvo pacijenta pru`enom sestarskom negom, tretamanom bola i dobijenim informacijama, iako medicinske sestare nisu jedino odgovorne, one su profesionalna gru-

Summary. Good-quality care is a right of all patients/users and the responsibility of all nurses who deliver it. The quality of nursing care is defined as care that has been provided according to the hospital's standard and job requirements.

According to Donabedian, the quality of nursing care can be observed from the aspect of quality structure, quality process and quality outcome. Several authors have reported the importance of the evaluation of nurses' opinions of important aspects of nursing care that might have an impact on quality of care and treatment. In conclusion of the qualitative study which was conducted with the aim to find out important aspects of nursing care that might have an impact on quality of care in surgical wards, indicate two dimensions, here called "prerequisites" and "elements of performance".

Interest to examine/evaluate the quality of care escalates when American Nurses' Association designed a Nursing Quality Report Card. This association identified several nursing-sensitive indicators in hospital settings: patient's satisfaction with nursing care, pain management and provision of educational information, although, nursing cannot accept responsibility for failings they are professional group which is 24 hours with the patient. Nursing-sensitive indicator

¹ Asist. mr sc. Dragana Milutinovi}, Medicinski fakultet Novi Sad, Katedra za zdravstvenu negu.

² Prof. dr Tomislav Cigi}, Klini~ki centar Vojvodine, Klinika za neurohirurgiju, Novi Sad.

³ Prof. dr Mirjana Martinov-Cvejin, Institut za javno zdravqe Vojvodine, Novi Sad.

pa koja je 24 sat a uz pacijent e. Broj paci- jenat a sa dekubit alnim ranama i broj pa- dova pacijenat a navode se kao pakazat eqi, pri ~emu se isti ~e neophodnost procene i dokument ovawa rizika za razvoj ovih ne` e- qenih doga|aja, U~est alost nozokomijalnih infekcija, prevenst veno urinarnih infek- cija kod kat et eriziranih pacijenat a, kva- lifikaciona st rukt ura sest ara koje nepo- sredno u~est vuju u nezi pacijent a uz ukup- ne sat e sest rinske nege po pacijent u, uz za- dovoqst vo medi cinskih sest ara radnim me- st om, u ve}ini zemaqa zna-ajne su det ermi- nant e bolni ~ke zdravst vene nege.

Definisawe i kori{ }ewe pokazat eqa u~inka medicinskih sest ara t reba da bude najvi{ i priorit et za rukovodi oce u zdrav- st venim ust anovama.

Uvod

Koncept kvaliteta zdravstvene nege je razmatran iz razli ~itih perspektiva jo{ od vremena Florens Najtingejl (Florence Nigthingale), koja je postavila prvu def iniciju zdravstvene nege jo{ 1859. godi- ne u svojoj kwizi „Bele{ ke o zdravstvenoj ne- zi: { ta jeste zdravstvena nega i { ta nije“ „Notes on nursing: what it is and what is not“. Florens Najtingejl def inie negu kao „osi- gurawe najboqih mogu}ih uslova, da bi pri- rodne snage ozdravqewa mogle delovati na bolesnika“. Za wu je zdravstveia nega nega bolesnih i ~uvawe zdravqa zdravih qudi. Negu smatra nezavisnom od medicine i s tim ciqem organizuje potrebno obrazowawe sest ara. Postavila je i brojne principe u ve- zi sa negom koji se mogu smatrati prvim standardima profesionalne sestri nske prak- se. Jo{ u pro{ lom veku Florens je istica- la zna-aj eti ~kih aspekata li ~nosti (po{ te- we, ~ast, humanost) osobe koja ho}e da se ba- vi negom. Danas, u savremenom sestri nstvu ove osobine se tako|e smatraju bitnim karak- teristikama li ~nosti medicinskih sestara kako za obezbe|ewe kvaliteta zdravstvene nege, tako i za razvoj sestri nstva uop{ te.¹

Zdravstvena nega na na{ im prostorima se oslawana teoriju ameri ~ke medicinske

of care quality is number of patients with pres- sure ulcers and number of patient's falls, whereby emanate necessity to evaluate and pro- vide documentation risk for the development of these undesirable events. Frequency of nosoco- mial infections, primarily urinary tract infection in catheterized patients, qualification structure of nurses taking direct part in patient+s care, in addition to nursing hours per patient and nurse staff satisfaction are important determi- nants of hospital nursing care in the greater number of countries.

Defining and using nursing-sensitive indica- tors should be of utmost importance for the managers of the health institutions.

sestre, teoreti ~ara i predava- a Virxinije Henderson (Virginia Henderson). Prema Hender- sonovoj, zdravstvena nega je planirana, or- ganizovana, evaluirana i kontrolisana de- latnost, a medicinska sestra je na tom po- qu stru~na i odgovorna.²

Zdravstvena nega kao sveukupna briga o pacijentu i wegovim zdravstvenim potrebama i kao ingegralni deo sistema zdravstvene za- { tite iziskuje pra}ewe i kontrolu svih ak- tivnosti nege i medicinskog zbri wawawa. Kvalitetna zdravstvena, odnosno sestri nska nega je va` na za povocan ishod zdravstvene za{ tite, jer su medicinske sest re profesio- nalna grupa koja je najbli` a pacijentima, pru`aju}i im negu 24 sata na dan, sedam da- na u nedeqi. Danas je kvalitetna zdravstve- na nega pravo svih pacijenata/korisnika i odgovornost svih medicinskih sestara koje je realizuju, a sa stajali{ ta Gruji } i saradni- ka, defiii{ e se kao nega koja se pru` a u skladu sa ustanovqenim standardima i prin- cipi ma sestri nske profesije.³

Premda svesni zna-ajne uloge medicin- skih sestara, procena uticaja sestri nskih intervencija na `eqeni ishod tretmana i na zadovolqstvo pacijenata zdravstvenom za- { titom je nedovoqno. Bez tog znawa, se- strinske aktivnosti ne mogu biti planira- ne i primewene na najboqi mogu}i na-in.

Kvalitet bolni~ke zdravstvene nege

„Merewe kvaliteta“ i sli~ni termini, kao { to su „obezbe|ewe kvaliteta“, „kontrola kvaliteta“, „standardi“ i „kriterijumi“, vi{ e su od dve decenije deo sestrijskog re~nika i razvijaje se i daqe. Interes za ovu problematiku nije nov, a medicinske sestre ve} godinama ispituju na~ine i sredstva za merewe kvaliteta.^{4,5} Takva nastojawa nikada pre nisu prihva}ena kao preka potreba, kao { to je to danas.

Krajem osamdesetih godina pro{ log veka procena kvaliteta zdravstvene nege bila je glavna tema mnogih objavljenih radova u sestrijskim ~asopisima, ali zbog razli~itog koncepta definisawa termina „kvalitet“, rezultati radova su bili osporavani. Sa stanovi{ ta Seli Redfern (*Redfern S.*), kvalitet u kontekstu zdravstvene nege je vi{ e od zadovoljstva korisnika, budu}i da o~ekivawa korisnika mogu biti mala, a znawe ograni~eno, dok Turner i Pol (*Turner PD., Pol LG.*) smatraju da je standardnu definiciju kvaliteta te{ ko dati, jer „posrednik i potro{ a~“ posmatraju wen ishod iz razli~itih perspektiva.^{4,6} Stoga je bilo potrebno, najpre, definisati { ta se sve pod kvalitetom zdravstvene nege podrazumeva,

U to vreme Donabedian (*Donabedian A.*) u svojim radovima izneo je stav da se kvalitet ne mo` e posmatrati samo kao stru~no dostignu}e zdravstvenih radnika, ve} se posmatra i kao interpersonalni odnos, gde je mi{ cewe korisnika tako|e va`no. Prema pomenutom autoru, kvalitet zdravstvene nege se mo` e posmatrati sa aspekta kvaliteta strukture, kvaliteta procesa i kvaliteta ishoda. Struktura obuhvata osobqe za negu, tehni~ku opremljenost, organizaciju rada, kao i programe rada. U odnosu na osobqe zna~ajan je broj anga`ovanih medicinskih sestara, nivo wihovog znawa, ve{ tina i

spretnosti, kao i stepen formalnog obrazovawa odnosno ste~ene diplome. Proces podrazumeva metodolo{ ki rad stru~no utvr|enih procedura i satisfakciju medicinske sestre radnim mestom, dok ishod zdravstvene nege obuhvata promene u pacijentovom zdravlju, reakcije pacijenta, wegovo zadovoljstvo i nepostojaje sekundarnih komplikacija kao { to je npr. pojava dekubitalnih rana, padovi pacijenata, intravenska infiltracija itd. Kvalitet zdravstvene nege se mo` e oceniti unutar jednog aspekta ili sva tri aspekta istovremeno.^{7,8}

Pojedini autori su isticali va`nost procene stava medicinskih sestara prema kvalitetu i wihovom uticaju na ishod sveukupne nege i le~ewa.^{9,10} Eva I dval (*Idvall E.*) u zakluku kvalitativne studije, koja je sprovedena u ciqcu utvr|ivawa zna~ajnih aspekata sestrijske nege koji mogu uticati na kvalitet sveukupne nege na hirur{ kim odcqwima, bazirane na Karperovom modelu (*Carper, 1978*)* potrebnih znawa u sestrijsstvu, navodi dve dimenzije kvaliteta koje su nazvane „preduslovi“ i „elementi performansi“.

Prema mi{ cewu medicinskih sestara, s obzirom da humani resursi i kvalitet idu zajedno, dimenziju „preduslovi“ ~ine:

- osobqe za negu (broj i kvalifikaciona struktura osobqa za negu);
- prostorije na odcqewu i oprema (izgled bolesni~ke sobe, toaleta ili dostupnost odgovaraju}e opreme-*nursing trolley*);
- vo|ewe sestrijske dokumentacije kao deo svakodnevnih prakse;
- kompetencije, tj. znawe i ve{ tine;
- odgovornost;
- na~elni stav sestara i
- timski rad.

„Elementi performansi“ sa stajali{ ta medicinskih sestara su:

- blagovremeno uo~avawe i adekvatan tretman znakova i simptoma (npr. postopera-

* Karperov model potrebnih znawa u sestrijsstvu obuhvata: a) emiriju, nauka zdravstvene nege; b) estetiku, umetnost zdravstvene nege; v) li~no znawe i g) etiku, moralno znawe.

ti vnog bola, muke, groznice, operativne rane ili sr-anog zastoja),

- precizno i pouzdano sprovo|e|e naloga lekara (npr. medikacija, tehnika plasi rava intravenske kanule, odr` avawe centralnog venskog katetera ili razli-iti aspekti pre- i postoperativne nege),
- sprovo|ewe op{ te nege (podr{ ka pacijentima kada postoji deficit u samozbri wavawu u obavqawu aktivnosti svakodnevnog `ivota: kupawe, obla-ewe, ishraia),
- obave{ tavawe i edukacija pacijenta,
- unapre|ewe odnosa tj. pru`awe emocionalne i socijalne podr{ ke pacijentu,
- osigurawe privatnosti pacijenata.¹⁰

I nteresovawe za ispitivawe, odnosno procenu kvaliteta zdravstvene nege naglo je poraslo kada je Ameri-ko udru`ewe medicinskih sestara (*American Nurses' Association – ANA*) 1995. godine dizajniralo *Nursing Quality Report Card* – Izve{ tajni program kvaliteta zdravstvene nege. Svrha izve{ tajnog programa Ameri-kog udru`ewa medicinskih sestara bila je da obuhvati pokazateqe kvaliteta zdravstvene za{ tite koji zavise od pru`ene sestri nske nege. ANA je definisala pokazateqe kako za bolni-ku zdravstvenu negu (*Acute Care Nurse Sensitive Indicators*) tako i za zdravstvenu negu koja se pru`a u zajednici (*Community-Based Non-Acute Care Nurse Sensitive Indicators*). Ovi pokazateqi }e potom postaviti temeqe za procenu izme|u sestri nske nege i kvaliteta zdravstvene za{ tite.¹¹

Definisawe pokazateqa kvaliteta u-inke medicinskih sestara

Sa stajali{ ta Eve I dval naj-e{ }e kori{ }ena definicija pokazateqa kvaliteta u stru-noj literaturi jeste definicija koju je dala Zajedni-ka komisija za akreditaciju zdravstvenih ustanova (*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization – JCAHO*)

u Sjedi weni m Ameri-kim Dr` avama. Prema toj komisiji, pokazateqi kvaliteta se ozna-avaju kao kvantitativne mere koje se mogu koristiti kao vodi-i za pra}ewe i evaluaciju kvaliteta nege pacijenta i podr{ ka stru-nim aktivnostima. Kako ova definicija tuma-i pokazateqe kvaliteta na uop{ tena-in, *JSANO* je definisala pokazateqe i na precizniji na-in, koriste}i se potrebnim atributima. U wihovim stru-nim izrazima pokazateqi se defini{ u i kao vaqane i pouzdane kvantitativne mere koje se odnose na jednu ili vi{ e dimenzija performansi/u-inka kao { to su efikasnost i prikladnost i statisti-ke mere koje pru`aju dokaz o stawu ili izvr{ avawu jedne definisane performanse/u-inka tokom odre|enog vremena ili specifi-nog ishoda.^{12,13}

Postoje dve vrste pokazateqa: stra` arni doga|aj (*sentinel event*) i stopa (*rate-based*), koji se mogu odnositi ia strukturu, proces i ishod nege pacijenta.¹³

I zbor pokazateqa je va` an deo procesa osigurawa kvaliteta koji zahteva bri` qi vo razmatrawe. Ne treba gubiti vreme na prikupqawe nepotrebnih podataka, nego sistematskom analizom definisati samo kqu-ne aspekte ili pokazateqe zdravstvene nege. Va` ni aspekti zdravstvene nege se moraju identifikovati pre nego { to se defini{ u pokazateqi i treba ih razmatrati unutar kategorija: (a) *veliki obim* (aspekti nege koji se ~esto primewuju ili uti-u na veliki broj pacijenata); (b) *visoki rizik* (aspekti nege koji za sobom povla-e rizik); (v) *oblast ozbiqnih problema* (aspekti nege koji mogu stvoriti problem i pacijentu i sestri nskom osobqu); (g) *visoka cena* (aspekti nege koji uop{ te imaju visoku cenu). Prema navodima I dval, jo{ su Kec i Grin (*Katz and Green, 1992*) smatrali da su dobro razvijeni pisani standardi kqu- pouzdanih pokazateqa kvaliteta.¹²

Priprema i definisawe pokazateqa u-inka u oblasti zdravstvene nege su slo` ene aktivnosti koje moraju da usaglase stavove medicinskih sestara sa pojedinih odeqewa (ni vo maweg ili ve}eg odeqewa), sa sta-

vovima organizacionih jedinica (bolni~ki nivo) i cele zdravstvene za{tite (nacionalni nivo). Pokazateqi u~inka mogu se definisati i uvoditi od „vrha na dole“ ili „od dole do vrha“.

Od „dole do vrha“ pristup zna~i da pokazateqe odre|uje, prati i procewuje sestri~sko osobeqe na lokalnom nivou, a pristup od „vrha na dole“ zna~i da indikatore odre|uju kcu~ni qudi sa vrha organizacije ili izvan organizacije.^{12,14}

U stru~noj literaturi se mogu na}i razli~iti na~ini za identifikovawe, odnosno selekciju pokazateqa koji se koriste u proceni i unapre|ewu kvaliteta zdravstvene nege. Vinifred Majls (*Vinnifed Mills, 1989*) navodi da se iz sestri~ske dijagnoze,* kao segmenta procesa zdravstvene nege, mogu odabrati va`ni pokazateqi kvaliteta. S obzirom da je proces zdravstvene nege osnovni metod rada u sestri~skoj praksi koji ukcu~uje evaluaciju ishoda nege pacijeta, povoaan ishod zavisi od sposobnosti medicinske sestre da precizno utvrdi dijagnozu i iz dijagnoze defini{e odgovaraju}i ciq, tj. ishod nege.¹⁵

Pokazateqna kvaliteta u~inka medicinskih sestara u bolni~kim ustanovama

Mnogi pokazateqi su kori{eni za procenu kvaliteta zdravstvene nege u bolni~kim ustanovama ukcu~uju}i i postoje}i broj medicinskih sestara, sestri~ske kvalifikacije (znawe, ve{tine) i iskustvo, moral (svest o du`nosti), efikasnost upravqawa i ve{tine komunikacije, fizi~ki i finansijski resursi, uspe{nost organizacionih i upravqawkih sistema, efikasnost participacije kolektiva i stepen edukacije sestara.^{4,16}

Drugi svakako zna~ajni pokazateqi kvaliteta zdravstvene nege su oni koje je prepo-

ru~ilo Ameri~ko udru`ewe medicinskih sestara. Ovo udru`ewe je identifikovalo kao pokazateqe kvaliteta za bolni~ku negu sledeqe:

- zadovolqstvo pacijenta pru`enom sestri~skom negom, tretamanom bola i dobijenim informacijama;
- broj pacijenata sa dekubitalnim ranama,
- broj padova pacijenata,
- u~estalost nozokomijalnih infekcija,
- kvalifikaciona struktura sestara koje neposredno u~estvuju u nezi pacijenta;
- ukupne sate sestri~ske nege po pacijentu,
- zadovolqstvo medicinskih sestara radnim mestom.¹¹

Zadovolqstvo pacijenata pru`enom sestri~skom negom kao pokazateqna kvaliteta

U Pravilniku o pokazateqima kvaliteta zdravstvene za{tite, koji je doneo ministar zdravqwa, na osnovu ~lana 203. stav 3. Zakona o zdravstvenoj za{titi („Slu`beni glasnik RS“, broj 107/05), kao definisani pokazateqi kvaliteta koje su zdravstvene ustanove obavezne da prate navedeni su neki od pomenutih pokazateqa.

Zadovolqstvo pacijenata smatra se va`nim elementom kvaliteta zdravstvene nege, ali i celokupne zdravstvene za{tite, koji sadr`i wihova o~ekivawa i wihove pretpostavke o zdravstvenoj slu`bi, a ujedno predstavqa i wihov ishod.⁸ Zadovolqstvo pacijenta se defini{e kao pacijentova subjektivna ocena wegovih kognitivnih i emocionalnih reakcija koje su rezultat interakcije izme|u wegovog o~ekivawa po pitawu idealne sestri~ske nege i wegove percepcije stvarne sestri~ske nege.

Faktori koji uti~u na koncept zadovolqstva pacijenta, gledano iz pacijentove per-

*Sestri~ska dijagnoza je specifi~an zakcu~ak o reagowu pojedinca, porodice ili zajednice na aktuelni ili potencijalni zdravstveni problem koje osobeqe slu`be zdravstvene nege mo`e samostalno da spre~i, ubla`i ili re{i. Sestri~ska dijagnoza treba da bude iskazana u okviru zakonskih kompetencija medicinske sestre.

spektive, jesu od kcu~ne va`nosti. Druge perspektive, poput onih kod zdravstvenih radnika, od mawe su va`nosti. U literaturi se ne mo`e na}i konsenzus po pitawu faktora koji konstitui{ u pacijentovo zadovoljstvo, ali je prihva}ena podela ovih faktora na one koji uti~u na zadovoljstvo pacijenta pre hospitalizacije i na one koji uti~u tokom hospitalizacije.

Pojedine studije su potvrdile zna~ajan uticaj sociodemografskih faktora (pol, godine `ivota, stepen edukacije), dok druge ukazuju na zdravstveno stawe pacijenta, posebno na mentalno zdravqe. Ustanovqena je slaba veza izme|u zadovoljstva pacijenta i wegovog fizi~kog funkci onisawa, a jaka veza izme|u zadovoljstva pacijenta i wegovog mentalnog zdravqa i prisustva bola. Druga zna~ajna determinanta od uticaja na zadovoljstvo pacijenata mo`e biti doba godine kada se ono ispituje. Sezonski faktori mogu ukazati na vrstu patologije u bolnicama ili na zamor zdravstvenih radnika (vreme godi{ wih odmora), { to mo`e uticati na procenu pacijenata.¹⁷

I pak, koncept zadovoljstva pacijenta se koristi kao va`an pokazateq kvaliteta zdravstvene nege i ~esto je ukqu~en kao varijabla od interesa u planirawu, proceni i uiapre|ewu kvaliteta bolni~ke nege. Koncept zadovoljstva pacijenta je bitan i zbog ~iwenice da se pacijent koji je zadovoljan pridr`ava u ve}oj meri tretmana i saveta koje dobija od zdravstvenih radnika. Zadovoljan pacijent tako|e te`i da se ~e{ }e vra}a u istu ustaiovu kada mu je potrebna zdravstvena usluga. [tavi{ e, zadovoljan pacijent je voqan da preporu~i bolnicu koja mu je pru`ila uslugu drugim qudima.

Kao odgovor na zahteve Zajedni~ke komisije za akreditaciju zdravstvenih ustanova za procenu kvaliteta zdravstvene za{tite prikupqawem podataka o weni m ishodi ma, zadovoljstvo pacijenata postaje jedno od naj~e{ }e merenih pokazateqa, { to potvr|uje sve ve}i broj konstruisani h upitnika za tu svrhu posledwih godina. Me|utim, nisu svi konstruisani upitnici evaluirani u

odnosu na psihometrijske karakteristike, { to zna~ajno redukuje vrednost dobijenih rezultata, te sve vi{ e autora, posledwih pet godina nastoji da obezbedi validnost instrumenta.¹⁸

Razli~iti zdravstveni radnici imaju razli~it uticaj na pacijentovu percepciju zadovoljstva. Nega koju pru`aju medicinske sestre smatra se jednim od najva`nijih faktora u pacijentovom ocevawu zadovoljstva pru`enim bolni~kim tretmanom. U tom pogledu medicinska sestra je kcu~na osoba u bolnici. Ako ona nije sposobna da ispuni svoju ulogu visok nivo pacijentovog zadovoljstva ne}e biti postignut.¹² Prema postoje}im istra`ivawima, zadovoljstvo pacijenata bolni~kim le~ewem je u visokoj korelaciji sa kvalitetom pru`ene sestri nske nege.^{18,19} Zato je veoma va`no da svi zdravstveni radnici sara|uju na pobol{awu kvaliteta usluga u saradwi sa primaocima usluga. Ako je pacijent zadovoljan sestri nskom negom koju je dobio, to je pozitivno ne samo za osobu ve} i za sestru i celu zdravstvenu organizaciju. Poznato je da je sestri nska nega veoma va`na, ali je jo{ va`nije kako se ona mo`e pobol{ati. Fokus sestri nske nege mora biti u faktorima koji uti~u na zadovoljstvo pacijenta.

Ono { to je va`no jeste pacijentova subjektivna percepcija od koje se sastoji wegovo zadovoljstvo. Niko osim pacijenta ne mo`e boqe re}i zdravstvenom radniku { ta je va`no. *Tasso* prema rezultatima sprovedene kvalitativne studije navodi, na primer, da pacijenti ocewuju kvalitet nege na osnovu qubaznosti i po{tovawa koje su im pru`ile medicinske sestre, wihove spremnosti za komunikaciju, uva`avawa mi{qe wa pacijenta, ali i stru~nih ve{tina koje poseduju. Me|u druge, svakako zna~ajne karakteristike kvaliteta zdravstvene nege navodi se i blagovremeno zadovoljavawe pacijentovih potreba i nastojawa sestara da ubla`e wihovu patwu. Navedene ~iwenice ukazuju da je holisti~ki pristup u zdravstvenoj nezi zna~ajan faktor u ostvariva-

wu zadovoljstva pacijenata pru`enom sestrijskom negom.^{17,19}

Sprovedene studije potvr|uju stav Avedisa Donabidijena da je su{tinski zna~ajan element kvaliteta zdravstvene za{tite, pa prema tome i zdravstvene nege, interpersonalni odnos pacijenata i medicinskih sestara, a ne samo stru~ne performanse osoba slu`be zdravstvene nege.⁷

Zadovoljstvo pacijenata dobijenim informacijama kao pokazatelj kvaliteta

Korisnicima zdravstvene za{tite va`ne su informacije koje dobijaju od zdravstvenih radnika. Stoga, ne iznena|uje da je nedovoljna komunikacija izme|u zdravstvenih radnika i pacijenata uzrok najve}eg broja `albi korisnika zdravstvene za{tite. Pru`awe informacija pacijentima pre hospitalizacije, tokom boravka u bolnici i neposredno pre otpusta sastavni je deo celokupnog tretmana. Pod pru`enom informacijom podrazumeva se svako usmeno, pisano ili od{tampano obave{tewe pru`eno pacijentu ili ~lanovima wegove porodice u vezi sa wegovim zdravstvenim stanjem ili tretmanom, u vezi sa bolnicom ili re`imom rada na odeljku, u vezi sa dejstvom leka ili u vezi sa wegovim potencijalnim nusefektima pre aplikacije, u vezi sa oporavkom i dr., sve do otpusta pacijenta.²⁰ Premda medicinske sestre iisu jedino odgovorne za ovakvu komunikaciju, ali s obzirom na vreme koje provode uz pacijente, zadovoljstvo pacijenata pru`enim informacijama su i mnoge evropske zemlje prihvatile kao pokazatelj kvaliteta zdravstvene nege. Subjektivni do`ivljaj pacijenata vezan za informacije koje dobijaju jeste najbo}i na~in provere wi hove podobnosti i jasno}e, a najjednostavniji na~in da se to ustanovi jeste pitati pacijenta kakva su wegova iskustva.

Zadovoljstvo pacijenata tretmanom bola kao pokazatelj kvaliteta

Le~ewe bola i osloba|awe patwe zbog bola uvek je bio najhumaniji zadatak lekara svih vremena i danas je glavni zadatak svih profesionalaca u zdravstvenoj za{titi, dakle i medicinskih sestara.

Ameri~ko udru`ewe za bol (*American Pain Society*) uvelo je slogan „bol kao prvi vitalni znak“ da bi se usmerila pa`wa svih zdravstvenih profesionalaca na va`nost terapije bola. Iz tih razloga je Severnoameri~ka asocijacija za sestrijske dijagnoze – *North American Nursing Diagnosis Assotiatin – NANDA*) uvrstila akutni i hroni~ni bol u sestrijske dijagnoze.²¹ Ta ~iwenica obavezuje medicinske sestre na sprovo|ewe odre|enih samostalnih i zavisnih intervencija, po nalogu lekara, u tretmanu bola.

Iz definicije bola Margo Makafery (*Margo McCaffery, 1968*)* „Bol je sve {to osoba koja ga do`ivljava ka`e da jeste i postoji kad god ona ka`e da postoji“, mo`e se jasno izvesti zakqu~ak da je pacijent jedina osoba koja ga mo`e proceniti. S obzirom da su medicinske sestre 24 sata uz pacijente, stepen zadovoljstva pacijenta u~em medicinskih sestara u olak{awu bolnih tegoba jeste va`an element procene kvaliteta u~inka medicinskih sestara, ali i kvaliteta celokupnog tretmana.^{11,20}

Rezultati brojnih studija ukazuju da je briga o bolu nedosledna i nedovoljna. Kao potencijalni uzroci navedenog problema navode se deficit znawa, nezadovoljavaju}a procena bola, nedovoljna razmena informacija izme|u lekara i medicinskih sestara, razli~ita stajali{ta, nedostatak sistematskog vo|ewa dokumentacije i drugo.²² Iz tih razloga neophodna je implementacija razli~itih programa unapre|ewa kvaliteta tretmana bola uz intenzivirawe participacije medicinskih sestara u tim programima.

*Margo Mekfery je internacionalni specijalista za zdravstvenu negu korisnika/pacijenata sa bolom. Autor je nekoliko kwiga o problemu bola, ukqu~uju}i i „*Pain Clinmical Manual*“ ed. 2, 1999.

Broj pacijenata sa dekubitalnim ranama kao pokazatelj kvaliteta

S obzirom da medicinske sestre i sestriinske intervencije imaju zna-ajnu ulogu u prevenciji i nadzoru dekubitalnih rana, uspeh ili neuspeh u njihovoj prevenciji ili tretmanu ~esto se uzima u obzir kao pokazatelj kvaliteta sestriinske nege. Ukoliko se u hospitalnim uslovima razvije dekubitus, tada je pacijent izlo`en riziku za druge ne`e`ene ishode, { to vodi du`em trajawu hospitalizacije, a posmatrano s ekonomskog aspekta, ve}oj potro{wi resursa, a samim tim i ve}em tro{ku. Pojava dekubitusa uti~e na fizi~ko, socijalno, emocionalno i psihi~ko stawe hospitalizovanih pacijenata. Premda mnogi faktori uti~u na razvoj dekubitalnih rana, wegova pojava se tradicionalno posmatra kao ishod sestriinske nege.

Evidenciju navedenog pokazateqa prema Metodolo{kom uputstvu za postupak izve{tavawa zdravstvenih ustanova o obavezanim pokazateqima kvaliteta zdravstvene za{tite, koje je u avgustu 2007. godine izdao Institut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi} Batut“.²³ vodi odcqenska sestra odre|ene organizacije jedinice i evidencira u kwi gu evidencije ne`eqenih doga|aja. Iz izve{taja se iskqu~uju pacijenti kojima su na prijemu u zdravstvenu ustanovu dijagnostikovane dekubitalne rane.

Preporuke iz vodi~a za predikciju i prevenciju dekubitalnih rana *Quideline: Pressure ulcer in Adults: Prediction and Prevention AHCPR, 1992.* ukqu~uju utvr|ivawe rizika za svakog pacijenta primenom validnih instrumenata/skala. Najopse`nije prou~ene skale za procenu rizika nastanka dekubitalnih rana su Braden i Norton skala. Ove skale omogu}uju relativno brzu i jednostavnu identifikaciju pacijenata kod kojih po-

stoji verovatno}a da }e nastati dekubitalna rana. Procenu rizika primenom skala utvr|uju i dokumentuju medicinske sestre prilikom prijema pacijenta u zdravstvenu ustanovu, i redovnim vremenskim razmacima je treba ponavqati tokom hospitalizacije. U medicinsku dokumentaciju se evidentira dobijeni broj bodova i na osnovu toga se planiraju sestriinske intervencije. Stoga je va`no da se prilikom procene kvaliteta bolni~ke zdravstvene nege uzme u obzir broj pacijenata sa dekubitalnim ranama u odnosu na broj pacijenata izlo`enih riziku, a pregledom medicinske dokumentacije se utvr|uje da li se primewuju standardizovane skale.^{11,20} Primena standardizovanih skala za procenu nastanka dekubitalnih rana nije samo pokazatelj kvaliteta, ve} je i mera za unapre|ewa kvaliteta bolni~ke zdravstvene nege.

Broj padova pacijentata kao pokazatelj kvaliteta

Pad pacijenta je neplanirano spu{tawe na pod ili neplanirano spu{tawe preko odlo`ene, tj. neupotrebqive stvari ili druge opreme, sa ili bez povrede, koji se doga|a u odgovaraju}oj bolesni~koj jedinici. Svi oblici padova su ukqu~eni, bilo da su posledica fiziolo{kih uzroka (nesvestica) ili ambijentalnih uzroka (klizav pod), ukqu~uju}i i „asistirani pad“.*

U posledwe vreme istra`iva~i ukazuju da osobqe bolesni~ke jedinice, naro~ito broj visoko obrazovanih medicinskih sestara mogu uticati na incidencu ovakvih ishoda zdravstvene nege. S obzirom da su medicinske sestre odgovorne za identifikaciju pacijenata sa rizikom za pad i za izradu plana nege kojim }e se minimizira-

* „Asistirani pad“ je pad kod kog je neko od osoba, bilo da je medicinska sestra ili ne (ali ne ~lan porodice ili posetioc), sa pacijentom prilikom pada i poku{ava da minimizira u~inak pada, pridr`avaju}i pacijenta ili na neki drugi na~in poku{ava da spre~i pad pacijenta. Pomo} pacijentu da se vrati na stolicu ili postequ posle pada nije „asistirani pad“.

ti taj rizik, broj padova pacijenata je zna~ajan pokazatelj kvaliteta u~inka medicinskih sestara.

Padovi pacijenata koji se doga|aju tokom hospitalizacije za mnoge pacijente mogu rezultirati te{kim, pa ~ak i `ivotno ugro`avaju}im posledicama. Nastojawa da se ovine`eqeni doga|aji smawe ukqu~uju razvojinstrumenata za procenu i identifikaciju rizi~nih pacijenata i uvo|ewe protokola za prevenciju padova. Procenu rizika za pad (skrining) treba izvr{iti prilikom prijema i periodi~no tokom hospitalizacije pacijenta, a u literaturi je dostupno nekoliko instrumenata za procenu rizika (*Hendrich II, Morse, Schmid Scale*).

Prilikom procene kvaliteta u~inka medicinskih sestara u bolni~kim ustanovama zna~ajno je da se uzme u obzir broj padova pacijenata u odnosu na broj pacijenata izlo`enih riziku i pregledati medicinsku dokumentaciju radi utvr|ivawa primene standardizovanih skala.^{11,20,24} Primena standardizovanih skala za procenu rizika od pada nije samo pokazatelj kvaliteta, ve} je i mera za unapre|ewa kvaliteta bolni~ke zdravstvene nege.

U~est alost nozokomijalnih infekcija kao pokazatelj kvaliteta

Od bolni~kih infekcija, stopa infekcija mokra}nog sistema kod pacijenta sa urinarnim kateterom determinisana je kao zna~ajan pokazatelj kvaliteta zdravstvene nege, jer su medicinske sestre odgovorne za odr`avawe katetera nakon uvo|ewa. One su odgovorne, na primer, za odr`avawa drena`nog sistema zatvorenim, primene asepti~ne tehnike prilikom uzimawa uzorka urina, postavljanje urin kese ispod nivoa mokra}ne be{ike u ciqu prevencije refluksa urina u drena`nu cev, redovno pra`ewe urin kese, odr`avawe periuretralnog u{ }a ~istim i suvim i drugo.

Kvalifikaciona struktura i ukupni sati sestri nske nege kao pokazatelj kvaliteta

Kvalifikaciona struktura sestri nskog kadra, tj. odnos broja sestara sa vi{om i visokom stru~nom spremom i ukupnog broja sati sestri nske nege ~esto se ispituje zbog uticaja tog odnosa na kvalitet pru`ene zdravstvene nege.

Ukoliko procentualno broj sati pru`ene nege sestara sa vi{om i visokom stru~nom spremom nije odgovaraju}i, mawe stru~ni kadar obavqa poslove za koji nije {kolovan, te se tako pove}ava rizik za nepovo}an ishod nege. Ispitivawem veze izme|u kvalifikacione strukture, na~ina rada i ishoda zdravstvene nege unutar zdravstvene organizacije mogu se sagledati mogu}nosti za unapre|ewe postupaka nege, postizawe `eqenih ishoda i obezbe|ivawe baze dokaza za determinisawe najefektivnije kvalifikacione strukture.¹⁶

Ukupan broj sati sestri nske nege po bolni~kom danu prikazuje vremensko optere}ewe sestri nskog osoblja, koje mo`e uticati na kvalitet zdravstvene nege. Neadekvatno optere}ewe mo`e imati za posledicu vi{i nivo stresa kod medicinskih sestara, umor, rasejanost, pove}an rizik za gre{ke ili propuste u nezi.^{11,20}

Ispitivawem odnosa izme|u broja sestri nskih sati, procesa i ishoda zdravstvene nege unutar organizacije, mogu se identifikovati mogu}nosti za unapre|ewe postupaka i ishoda nege i obezbediti determinante zasnovane na dokazima za odre|ivawe odgovaraju}eg broja osoblja.

Zadovoljstvo medicinskih sestara radnim mestom kao pokazatelj kvaliteta

Procena zadovoljstva medicinskih sestara radnim mestom u ve}ini zemaqa prihva}ena je kao zna~ajan pokazatelj kvaliteta pru`ene zdravstvene nege jer se reflektuje na satisfakciju pacijenta.

Na zadovoljstvo radnim mestom uti~u dve grupe varijabli: personalne i organizacione. Personalne varijable su godine, izdr~qivost, obrazovawe i iskustvo radnika, odnosno medicinskih sestara, a organizacione su stres, posve}enost poslu, komunikacija sa nadre}enim, autonomija, afirmacija, ustaqena praksa i komunikacija sa saradnicima. Procenu treba vr}iti redovno primenom za tu svrhu konstruisanih upitnika. *The Stamps and Piedmonrte Index of Work Satisfaction (IWS)* je naj~e}e primewivani instrument za procenu zadovoljstva medicinskih sestara radnim mesgom.^{11,25} IWS je konstruisan jo{ 1972. godine, vi}e puta je revidiran i opse}no testiran te je pouzdanost i vaqanost ovog upitnika dokazana.

U Srbiji su do sada sprovedena istra}ivawa o zadovoljstvu zdravstvenih radnika, ali procena zadovoljstva medicinskih sestara radnim mestom kao najbrojnije profesionalne grupe jo{ uvek su nedovoqna.

U zakqu-ku studije koju je sprovedela Linda Ejken (*Linda Aiken*) sa istra}iva~kim timom na uzorku od 43 000 medicinskih sestara iz vi}e od 700 bolnica u SAD, Kanadi i nekim evropskim zemqama, isti~e se da medicinske sestre prijavquju gotovo istovetne nedostatke u wihovom radnom okru}ewu i opadawe kvaliteta pru}ene zdravstvene nege.²⁶

Bolnice u kojima medicinske sestre imaju visok stepen zadovoljstva radnim mestom uglavnom pru}aju vi}i kvalitet i boqe ishode nege. Na primer, u Sjedinjenim Ameri~kim Dr`avama stopa mortaliteta u „magnet“ bolnicama je signifikantno ni}a u odnosu na ostale bolnice,

S obzirom na ove dokaze, i pored periodi~ne procene zadovoljstva medicinskih sestara, neophodno je raditi na unapre}ewu uslova rada.

Zakqu-ak

Novije nau~ne studije i izve}taji medija, na`alost, u zna~ajnoj meri su orijentisani na ~iwenicu da se u zdravstvenom sistemu de}avaju propusti u kvalitetu koji rezultiraju smawewem bezbednosti pacijenata i nepovoqnim ishodom le~ewa i zdravstvene nege.

S obzirom da u zdravstvenom sektoru svih zemaqa, pa i u Republici Srbiji, medicinske sestre predstavquju ve}inu zaposlenih i pru}aju korisnicima zdravstvene za}tite preko 60 odsto svih zdravstvenih usluga, potrebno je ve}u pa`wu usmeriti na merewe i izve}tavawe o kvalitetu u~inka medicinskih sestara.

Definisawe i kori}ewe pokazateqa u~inka medicinskih sestara treba smatrati zna~ajnim u oblasti usluga zdravstvene za}tite, ne samo zato {to su oni neophodni za merewe i ocewivawe kvaliteta pru}ene zdravstvene nege, ve}i zbog toga {to se pomo}u wih uspostavquju jasni ciqevi u pogledu unapre}ewa kvaliteta pru}ene zdravstvene nege, ali i celokupnog tretmana pacijenta. Iz tog razloga, defini sawe i kori}ewe pokazateqa u~inka medicinskih sestara treba da bude najvi}i prioritet za rukovodioce u zdravstvenim ustanovama.

Lit erat ura

- 1.. Nighligale F. Notes on nursing: what it is and what is not, Dostupno na URL: w\vw.books.gooalecom. Pristupa--no 4. decembra 2007.
2. Henderson V. Osnovna na~ela zdravstvene nege. Hrvatska udruga za sestri nsku edukaciju, 1994.
3. Grujic C, O'Sullivan D, Wehrmacher W, Organizational control of hospital infrasruclure determines the qualily of nursing care.American College of Utilizaaiion Revievv Physicians 1989; 4(1): 19-24.
4. Redfern SJ, Norman IJ. Measuring the quality of nursing care: a consideration of di}ferent approaches. Journal of Advanced Nursing 1990; 15: 1260-1271.
5. Loan LA, Jennings BM, Brosch LR. DePaul D, Hildreth P. Indicators of Nursing Care Quality: Findings From a Pilol Study. Outcomes Management 2003; 7(2): 51-58.

6. Turner P. D., Pol LG.: Beyond patient satisfaction. *Journal of Health Care Marketing* 1995;15(3): 18-25.
7. Donabedian A.: The Quality of Care, How Can It Be Assessed?, *JAMA* 1998; 260:1743-1748.
8. Kamberovi } B., Jovanovi } R., Matinov-Cvejin M., Rodlova~ki V.: Kvalitet u zdravstvenoj za{ titi. *Zdravstvena za{ tita* 2000; 4: 45-52.
9. Lundqvist JM., Axelsson A. Nurses' perception of quality assurance. *Journal of Nursing;Management* 2007;15: 51-58.
10. Idvall E., Rooke L. Important aspects of nursing care in surgical wards as expressed by nurses., *Journal of Clinical Nursing* 1998; 7:512-520.
11. Gallagher R.M, Rowell P.A. Claiming the future of nursing through nursing-sensitive quality indicators. *Nurs Admin Q* 2003; 27(4):273-284.
12. Idvall E, Rooke L, Hamrin E. Quality indicators in clinical nursing: a review of the literature. *Journal of Advanced nursing* 1997; 25: 6-17.
13. Cuci } V. i saradnici. *Terminolo{ki re~nik kvaliteta u zdravstvenoj za{ titi*, Medicinski fakultet Beograd, 1999.
14. Bull N.: *Upravljanje kvalitetom nege u zdravstvu. Evropa Jugospekt Beograd, 1996.*
15. Mills W.C. Unit-based outcomes developed through nursing diagnoses, *J Nurs Qual Assur* 1989; 4(1):10-17
16. Curne V, Harvy G, West E, McKenna H, Keeney S. Relationship between quality of care, staffing levels, skill mix and nurse autonomy: literature review. *Journal of Advanced Nursing* 2005; 51(1):73-82.
17. Johansson P, Oleni M, Fridlund B. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study.. *Scand J Caring Sci* 2002; 16:337-344.
18. Laschinger H.S, Linda McGillis, Hall L.M, Pedersen C, Almost J.A. Psychometric Analysis of the Patient Satisfaction With Nursing Care Quality, Questionnaire An Actionable Approach to Measuring Patient Satisfaction. *J Nurs Care Qual* 2005; 20(3):220-230.
19. Tasso K. et al. Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview. *Hospital Topics: Research and Perspectives on healthcare*, 2002; 80(3):4-10.
20. NHS Scotland. The impact of nursing on patient clinical outcomes-developing quality indicators to improve care, 2005; www.nhshealthquality.org.
21. Ackly B, Lachvig G. *Nursing diagnosis handbook, A guide to planning care..* Mosby, Elsevier, Seventh Edition, 2006.
22. Gordon D.B, Pellino T, Miaskowski C, Adams J, Paice J, Laferriere D et al. A 10-Year view of Quality Improvement Monitoring in Pain Management: Recommendations for Standardized Outcome Measures. *Pain Management Nursing*, 2002, 3(4): 116-130.
23. Institut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi } Batut“. *Metodolo{ko uputstvo za postupak izve{tavawa zdravstvenih ustanova o obavezni m pokazateljima zdravstvene za{ tite*. Beograd, 2007.
24. Lancaster A.D. et al. Preventing falls and eliminating injury at ascension health. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety* 2007, 33(7):367-375.
25. Best M.F, Thurston N.E. Measuring nurse job satisfaction. *Journal of nursing administration*, 2004; 34(6):283-290.
26. Aiken L.H, Clarke S.P, Sloane D.M, Sochalski J. A. *An International Perspective on Hospital Nurses' Work Environments: The Case for Reform-*, 2001, Policy, Politics & Nursing Practise, 2(4):255-263.

Stru-ni i nau-ni radovi

Strategije i programi prevencije i kontrole nezaraznih bolesti

\. Jakovqevi},¹ D. Jakovqevi }²

U prvim godinama posle Drugog svet-skog rata u ve}ini zemaqa sveta, a naro~ito u onim koje su bile zahva-}ene ratom, najve}i zdravstveni problem predstavqale su zarazne bolesti.

U takvoj situaciji novoformirana Svet-ska zdravstvena organizacija prioritet je dala merama spre~avawa i suzbijawa zara-znih bolesti. Sna`an posleratni ekonomski razvoj, rast `ivotnog standarda, novi efikasni lekovi i vakcine, doprineli su da se uspostavi kontrola nad zaraznim bolestima i da te bolesti postepeno izgube svoj soci-jalno-medicinski zna~aj i prioritet.

Ve} ranih pedesetih godina u razvijeni m zemqama zapa`en je sve ve}i porast nezara-znih bolesti, a naro~ito kardiovaskular-nih. To je zahtevalo da se istra`e uzroci te pojave i na|u re{ewa za prevenciju i kontrolu.

Prvo istra`ivawe te vrste, poznato kao Framinghamaska studija, ukazalo je na posto-jawe povezanosti izme|u porasta ovih obo-qewa, posebno kardiovaskularnih sa odre-|enim faktorima kao { to su pu{ewe, krvni pritisak i holesterol u krvi.

Sledi studija „Sedam zemaqa“, koja je, tako|e, koncentrisana na kardiovaskularne bolesti i koja dominantno mesto daje hole-sterolu kao vode}em rizi~nom faktoru.

U ranim {ezdesetim godinama opa`a se opadawe mortaliteta od kardiovaskularnih

bolesti u SAD, Kanadi i Australiji, upo-redo sa rastom u drugim delovima sveta.

Konferencija u Bethesdi 1979. godine uka-zala je na mogu}u povezanost te pojave sa re-dukcijom odre|enih rizi~nih faktora, ali nije bilo dovoqno nau~no zasnovanih ~iwe-nica kojim bi se to potvrdilo.

Dr Zdewak Pi{a, direktor slu`be za kardi ovaskularne bolesti Svetske zdrav-stvene organizacije, i wegov zamenik dr To-ma [traser inicirali su desetogodi{we prospektivno istra`ivawe sa ciqem da se nau~no utvrdi postojawe korelacije izme|u trendova mortaliteta i morbidityeta od kar-di ovaskularnih bolesti i nivoa odre|enih rizi~nih faktora kao { to je pu{ewe, goja-znost, povi{eni krvni pritisak, povi{eni holesterol u krvi i nedovoqna fizi~ka ak-tivnost. Inicijativu je prihvatilo 38 istra`iva~kih centara u 21 zemqi sveta, i posle opse`nih priprema u 1984. godini, za-po~eto je do tada najve}e istra`ivawe u okviru Svetske zdravstvene organizacije, poznato kao MONICA projekat.¹

Pi{a i [traser su u vreme kada su ini-cirali MONICA projekat ve}imali isku-stvo iz primene me|unarodnog programa sve-obuhvatne kardiovaskularne za{tite (CCC-CP). Ovim programom zapravo po~iwe me|u-narodna saradwa u oblasti prevencije i kontrole nezaraznih bolesti. Pun naziv programa je komprehenzivni program kon-

* Iz: Jakovqevi}, \. i Jakovqevi}, D.: Prevencija i kontrola nezaraznih bolesti; Evropski centar za mir i razvoj (ECPD), Beograd, 2007.

¹ Prof. dr \or|e Jakovqevi}, ECPD, Evropski centar za mir i razvoj, Beograd

² Dr Dimitrije Jakovqevi}, ECPD, Evropski centar za mir i razvoj, Beograd

trole kardi ovaskularnih bolesti na nivou zajednice. Ovaj istra`iva~ko-interventni program zasnovao se na iskustvu projekta u severnoj Kareliji u Finskoj. Izvo|en je na osnovu protokola koji je prihva}en krajem 1973. godine od strane glavnih istra`iva~a, predstavnika 14 zemalja koje su se ukqu~ile u istra`ivawe. Pored evropskih zemalja, u programu je u~estvovala i Kina.

Program je izvo|en pet godina, nakon ~ega je izvr{ena evaluacija (P. Puska).

U ve}ini zemalja koje su u~estvovala u programu zapa`eno je zaustavqawe trenda rasta mortaliteta i morbiditeta od kardi ovaskularnih bolesti. Me|utim, zbog nedovoqno razra|ene metodologije evaluacije, nije bilo mogu}e povezati rezultate sa efektima mera na redukciji rizi~nih faktora.

Bez obzira {to nije bio u potpunosti kompletiran, ovaj program je dao zna~ajan doprinos za daqe aktivnosti.

Program je ukazao na potrebu da se nau~no utvrdi me|udnos kretawa mortaliteta i morbiditeta od kardi ovaskularnih bolesti i u~estalosti i nivoa rizi~nih faktora, {to je bio i zahtev konferencije u Bethesda.

S druge strane, iz evaluacije programa jasno je proiza{ao zakqu~ak da jedan rizi~ni faktor uti~e na vi{e oboqewa, odnosno da vi{e rizi~nih faktora uti~u na jedno oboqewe. To saznawe uticalo je na novi pristup u smislu integrisawa posebnih programa za pojedina oboqewa u jedinstveni integrisani program nezaraznih bolesti sa istim rizi~nim faktorima.²

Daqe aktivnosti Svetske zdravstvene organizacije i{le su u dva pravca: uspostavqawe MONICA projekta kao istra`iva~kog i izradi integrisanog CINDI programa. MONICA je skra}enica od Monitoring of Trends and Determinants of Cardiovascular Diseases, a CINDI skra}enica od Countrywide Integrated Non-communicable Diseases Intervention Programme.

I MONICA projekat i CINDI program zapo~eti su 1984. godine.

Novi Sad, koji je u~estvovao u CCCCP kao predstavnik biv{e Jugoslavije, primqen je i u MONICA projekat i u CINDI program.

MONICA projekat zvanimo je zavr{en 2002. godine sa objavljenim rezultatima,³ ali je 32 centra u 21 zemlji sveta nastavilo primenu wegove metodologije u prevenciji i kontroli kardi ovaskularnih bolesti.

CINDI program se i daqe izvodi u 28 zemalja. Na{oj zemlji je prestalo aktivno ~lanstvo u CINDI programu 1993. godine zbog sankcija UN, ali nije obnovqeno nakon wihovog prestanka.

Prve strategije za prevenciju i kontrolu nezaraznih bolesti izra|ene su u oblasti kardi ovaskularnih.

Komitet eksperata Svetske zdravstvene organizacije koji je odr`an 1981. godine na temu „Prevencija koronarne bolesti srca“, predlo`io je sveobuhvatni plan sa tri komponente:

- Populaciona strategija koja je usmerena na celokupno stanovni{tvo, sa ciljem da se promeni stil `ivota, faktori `ivotne i radne sredine i socijalno ekonomski uslovi, koji su povezani sa koronarnom bole{ }u srca;
- Strategija visokog rizi~ka koja je usmerena na pojedince sa povi{enim rizi~kom;
- Sekundarna prevencija ~iji je cilj da zaustavi razvoj bolesti kod osoba kod kojih ve} postoje znaci oboqewa.

Sve tri strategije detaqno su razra|ene u izve{taju Komiteta i kori{ }ene su u izradi nacionalnih i lokalnih programa prevencije i kontrole kardi ovaskularnih bolesti.³

Me|unarodni CINDI program

Me|unarodni CINDI program, koji se primewuje od 1984. godine, odvijao se u skladu sa protokolom koji je revidiran 1996. godine.⁴

Protokol sa stru~nim uputstvima sadr`i pet poglavqa:

- **Principi i grupe oboqewa;**
- **Ciqevi i okviri politike;**
- **Glavne interventne strategije;**
- **Monitorig i evaluacija;**
- **Organizacija i menaxment.**

U prilogu su data bli`a stru~na uputstva.

Principi i grupe oboqewa

CINDI program ima zna-ajnu ulogu u ostvarivawu strategije Svetske zdravstvene organizacije „Zdravqe za sve“ jer se smawivawem mortaliteta i morbiditeta od nezaraznih bolesti ostvaruje najva`niji ciq te strategije: du`i i kvalitetniji `ivot svih.

Glavni ciq CINDI programa ostvaruje se utvr|ivawem ciqeva i preduzimawem efikasnih mera, monitoringom wihovog izvo|ewa i evaluacijom rezultata.

Me|usektorska saradwa na svim nivoi ma je osnovni preduslov uspeha programa.

U izvo|ewu CINDI programa mora biti uspostavljen balans izme|u zdravstvenih mera u odnosu na pojedinca i mera promocije zdravqa u zajednici.

Koncept integracije odra`ava sazname o zajedni~kim rizi~nim faktorima vi{e oboqewa ~ijom se istovremenom redukcijom smawuje mortalitet i morbiditet od vode}ih nezaraznih bolesti:

- kardi ovaskularnih bolesti;
- malignih oboqewa;
- povreda.

Pored ovih oboqewa i povreda mogu se ukqu~iti i druga, pod uslovom da su vode}i rizi~ni faktori na koje se deluje sa wima povezani i da postoje proverene efikasne intervencije.

Ciqevi i okviri politike

Glavni ciq CINDI programa jeste unapre|ivawe zdravqa stanovni{tva smawivawem mortaliteta i morbiditeta od vode}ih nezaraznih bolesti putem integrisanog interventnog programa. U sklopu ovog glavnog ciqa je simultana redukcija zajedni~kih rizi~nih faktora kao {to su pu{ewe, neadekvatna ishrana, konzumi rawa alkohola, nedovoqna fizi~ka aktivnost i psihosocijalni stres.

Program ima pet prakti~nih ciqeva:

- Koordinisani pristup prevenciji i redukciji nezaraznih bolesti;
- Sveobuhvatni pristup u identifikaciji ciqnih grupa, puteva intervencije, stru~nih uputstava i kori{ }ewa sredstava inf ormisawa;
- Razvoj i implementacija monitoringa, kori{ }ewe odgovaraju}ih indikatora za evaluaciju procesa i rezultata;
- Izrada metodologije evaluacije sa pokazateqi ma efektivnosti;
- Ugradwa nau~no-istra`iva~kog rada.

U pripremi nacionalnog programa treba izraditi detaqni plan koji }e obuhvatiti najmawe:

- analizu situacije;
- uspostavljanje menaxmenta programa;
- izradu protokola i plana aktivnosti;
- izradu stru~nih uputstava i metoda za intervenciju u odnosu na rizi~ne faktore;
- osnovni servej;
- po~etak i tnervencije;
- redovne sastanke odgovornih li~nosti;
- planirawe evaluacije u petogodi{ wim periodima.

Svaka zemqa, kandidat za ~lanstvo, du`na je da obezbedi navedene uslove.

U okviru politike spadaju:

- integrisani pristup;
- me|usektorska saradwa;
- demonstraciona podru~ja;
- me|unarodna saradwa.

Glavne interventne strategije

Prioriteti interventnih strategija su:

- razvoj politike, zakonske regulative i koordinacije;
- razvoj organizacije i marketinga;
- edukacija stanovni{tva i masovni mediji;
- uputstva za praksu;
- edukacija profesionalnih kadrova i wihovo ukqu~ivawe.

U odnosu na edukaciju profesionalnih kadrova, postoje tri glavna kanala koje treba koristiti:

- dodiplomska edukacija;
- postdiplomska edukacija;
- kontinuirana edukacija.

Monitoring i evaluacija

Indikatori i izvori podataka, indikatori za monitoring i evaluaciju procesa i rezultata obavezni su i preporučeni.

Obavezni ili esencijalni indikatori jesu oni čija je primena uslovlanstva.

Esencijalni indikatori su:

- struktura stanovništva prema polu i starosti;
- podaci o mortalitetu;
- podaci o ishrani;
- podaci iz serveja.

Esencijalni podaci iz serveja obuhvataju:

- Biološke faktore:
 - ukupni holesterol;
 - sistolni i dijastolni krvni pritisak;
 - telesna težina;
 - telesna visina.
- Bihevioralne faktore:
 - pušenje
 - konzumiranje alkohola;
 - fizička aktivnost.
- Nivo obrazovawa:
 - ukupan broj godina školovanja.

U prilogu protokola su obrasci, upitnici i uputstva o merenju.

Indikatori koji se preporučuju uključuju podatke o morbiditetu:

- ishemijska bolest srca;
- cerebrovaskularni infarkt;
- dijabetes melitus;
- karcinom;
- hronična respiratorna obočewa;
- povrede u saobraćaju.

Kao izvori podataka preporučuju se:

- izveštaj prijema i otpusta iz bolnice;
- podaci iz vanbolničkih službi;

- podaci iz službe opšte medicine;
- podaci iz serveja.

Izbor uzorka za servej

Uzorak treba da bude reprezentativan. On se uzima na nivou demonstrativnog područja. Vršiti se putem slučajnog izbora, tako da u ukupnom broju od 2000 bude isti broj u muškoj i ženskoj polu (po 1000), a u svakoj od pet starosnih grupa po 200. Obuhvata se stanovništvo od 15 do 64 godina starosti.

Koristi se registar stanovništva ili birački spisak.

Postoje detaljna uputstva o statističkoj obradi i analizi podataka iz serveja. Koristi se jedinstveni CINDI upitnik za anketirane ispitanika koji su uključeni u uzorak.

Organizacija i menaxment

Koordinaciju CINDI programa vrši Regionalni ured Svetske zdravstvene organizacije. Članstvo se ostvaruje aplikacijom nadležnog državnog organa, po pravilu, ministarstva zdravstva.

Organi programa su:

- Savet direktora programa, koga čine svi direktori programa zemaćanica. To je najviši organ programa koji donosi sve važne odluke. Sastaje se, po pravilu, jednom godišnje;
- Upravni odbor čine tri programska direktora (rotiraju se na dve godine, predstavnik centra za menaxment podataka, tri predstavnika Svetske zdravstvene organizacije – dva iz evropskog regiona i jedan iz Glavnog ureda). Predsednik se bira na dve godine iz reda članova. Odbor ima ulogu izvršnog organa;
- Centar za menaxment podataka stara se o kvalitetu podataka, priprema analize i publikacije.

Protokol sadrži priloge o načinu izrade nacionalnog protokola, metodama merenja, upitnicima na osnovu kojih i u skladu sa kojima se izrađuju nacionalni protokoli.

Globalna strategija prevencije i kontrole nezaraznih bolesti

Skupština Svetske zdravstvene organizacije na svom 53. zasjedanju, u maju 2000. godine, usvojila je rezoluciju (WHA 53/17) pod naslovom „Prevencija i kontrola nezaraznih bolesti“, koja je po svom pristupu i stavovima skoro identična sa konceptom međunarodnog CINDI programa.⁵

Nakon usvajanja te rezolucije, može se govoriti o nezaraznih bolestima kao globalnom svetskom problemu i o postojanju jedinstvene međunarodne strategije za njihovu prevenciju i kontrolu.

U izveštaju generalnog direktora Svetske zdravstvene organizacije, pripremljenom za 53. zasjedanje skupštine Svetske zdravstvene organizacije, navodi se da nezarazne bolesti na početku 21. veka predstavljaju najveći zdravstveni problem koji ima veoma ozbiljne implikacije na socijalni i ekonomski razvoj.

Krajem 20. veka nezarazne bolesti su predstavljale 60 odsto od svih uzroka smrti. U 2002. godini od tih bolesti u svetu je umrlo 33,5 miliona ljudi. One učestvuju sa 46,7 odsto u ukupnom teretu od bolesti (burden). Ukoliko se nastavi ovakav trend, one će u 2020. godini biti uzrok od 73 odsto u ukupnom mortalitetu, a u ukupnom teretu od bolesti učestvovaće sa 60 odsto.

Danas je problem nezaraznih bolesti vidljiv i izražen u zemljama u razvoju nego u razvijenim. Od ukupnog broja umrlih od nezaraznih bolesti, 77 odsto dolazi na zemlje u razvoju.

Glavni uzroci nezaraznih bolesti: kardiovaskularne, maligne, hronične plućne bolesti i dijabetes melitus, povezane su sa zajedničkim riziknim faktorima: pušenje, neadekvatnom ishranom i nedovoljnom fizičkom aktivnošću.

Prevencija ovih bolesti zasniva se na kontroli riziknih faktora na integrisan način.

Redukcija riziknih faktora jeste najefikasnije sredstvo prevencije ovih bolesti.

Dosadašva iskustva pokazuju da su ove bolesti u velikoj meri preventibilne.

Strategije visokog rizika ne daju dovoljan i trajan efekat. Mnogo veći i dugoročniji je efekat populacionih strategija.

U svakom stanovništvu inače ima umeren nivo riziknih faktora, a mali procenat visoki nivo. Posmatrano u celini, oni sa normalnim nivoom doprinose više problemu nezaraznih bolesti nego oni sa visokim. Zbog toga su najefektivnije strategije koje su istovremeno usmerene na celokupno stanovništvo i na pojedince sa visokim rizikom.

Čak i male promene u smislu redukcije prosečnih vrednosti nivoa riziknih faktora u stanovništvu daju dobre rezultate u smanjivanju mortaliteta i morbiditeta.

Interventni programi zahtevaju učestvovanje cele zajednice uz efikasnu međusektorsku saradnju i aktivno učestvovanje stručnih i društvenih organizacija.

Drugi veoma važan preduslov jeste da istava zdravstvena služba učestvuje u svojim aktivnostima usmerenim na promociju zdravstva i prevenciju bolesti.

Globalna strategija

Cičevi i mere globalne strategije

Najvažniji cilji globalne strategije jeste smanjivanje morbiditeta, onesposobljenosti i prerane smrtnosti od nezaraznih bolesti.

Glavni ciljevi

- Utvrditi stavove u pogledu epidemije nezaraznih bolesti i analizirati socijalne, ekonomske i političke determinante, naročito u odnosu na siromašnost i onesposobljeno stanovništvo i predložiti odgovarajuće zdravstvene, socijalne i finansijske mere.
- Smanjiti izloženost pojedinaca i stanovništva u celini od uticaja zajedničkih riziknih faktora, a naročito pušenje

wa, neadekvatne ishrane i nedovoljne fizičke aktivnosti.

- Usvojiti normative i stručna uputstva za kost-efektivne mere sa davanjem prioriteta kardi ovaskularnim, malignim, hroničnim respiratornim bolestima i dijabetesu.
- Na osnovu kompleksne analize stawa, uspostaviti monitoring nezaraznih bolesti i njihovih determinanti.
- Najveći prioritet dati promociji zdravca i prevenciji bolesti.
- Uspostaviti efikasan menadžment zdravstvenog sektora i primenu kost-efektivnih mera.

U rezoluciji se od zemačalanci zahteva:

- Da uspostave informacioni sistem koji će omogućiti procenu učinka nezaraznih bolesti u mortalitetu, morbiditetu i onesposobnosti stanovništva, kao i stepen izloženosti stanovništva zajedničkim rizicima;
- Da usvoje nacionalni program promocije zdravca stanovništva i životni ciklus sa merama prevencije i kontrole. Pre usvajawa, takav program treba da bude primewen na demonstracionom području;
- Da obezbede multisektorski pristup i saradwu svih zainteresovanih faktora;
- Da izvrše neophodne reforme zdravstvenog sistema u smislu reorijentacije na promociju zdravca i prevenciju bolesti.

U evropskom regionu Svetske zdravstvene organizacije usvojen je 1998. godine dokument „Zdravca za sve u 21. veku“, u kome su u skladu sa deklaracijom Skupštine Svetske zdravstvene organizacije, iz maja 1998. godine, utvrđeni ciljevi i mere evropskog regiona do 2020. godine.⁶

U tom dokumentu utvrđen je globalni cilj da se do 2020. godine morbiditet, onesposobnost i prerani mortalitet od nezaraznih bolesti smanje na najnižem mogućem nivou.

U odnosu na pojedine bolesti, utvrđeni su sledeći ciljevi:

- Da se mortalitet od kardi ovaskularnih bolesti kod stanovništva ispod 65 godina starosti u proseku smanje za najmanje 40 odsto;
- Da se mortalitet od malignih oboqewa kod stanovništva ispod 65 godina starosti u proseku smanje za najmanje 15 odsto;
- Da se za jednu trećinu smanje komplikacije od dijabetesa, kao što su amputacije, slepota, insuficijencija bubrega i komplikacije u trudnoći;
- Da se uspostavi kontinuirano smanjawa morbiditeta, mortaliteta i onesposobnosti od hroničnih respiratornih oboqewa, muskoloskeletalnih poremećaja i drugih hroničnih stawa;
- Da se ostvari cilj da 80 odsto dece do 12 godina bude bez zubnog karijesa, a da do 12 godina bude najviše 1,5 izvaen ili kvaran zub.

Mere kojima treba da se ostvare ovi ciljevi podudaraju se sa merama međunarodnog CINDI programa, koji se preporučuje kao model za izradu nacionalnih programa prevencije i kontrole nezaraznih bolesti.

Evropska strategija prevencije i kontrole nezaraznih bolesti

Na 52. sastanku Regionalnog komiteta Svetske zdravstvene organizacije, održanom 2002. godine, odlučeno je da se izradi evropska strategija prevencije i kontrole nezaraznih bolesti koja treba da koristi iskustva CINDI programa i wegovu organizaciju u prihvatawu i primeni te strategije.

Strategija je usvojena 2004. godine. Ona predstawa novu viziju CINDI programa.⁹

Najvažniji cilj strategije jeste unapređenje i zaštita zdravca stanovništva putem prevencije nezaraznih bolesti na integrisanim, lokalnom, nacionalnom i regionalnom nivou.

Strategija čiji je cilj redukcija mortaliteta i morbiditeta od nezaraznih bolesti, obuhvata četiri vodeće nezarazne bolesti:

kardi ovaskularne, maligne, hroni~na plu}na oboqewa i dijabetes.

Strategija je usmerena na ~etiri vode}a rizi~na faktora: pu{ewe, ishranu, fizi~ku aktivnost i alkohol kao bihevi oralna i ~etiri biolo{ka rizi~na faktora: gojaznost, hipertenziju, visoki holesterol u krvi i poreme}aje metabolizma ugqenih hidrata.

Da bi se ostvarili glavni ciqevi strategije, treba da se primene ~etiri integrisana pristupa: redukcija individualnog rizika, redukcija rizika stanovni{tva, racionalno kori{ewe zdravstvene slu`be i podr{ka referalnom sistemu.

Ovi naponi treba da budu rukovo|eni sa ~etiri glavne strategije: razvoj politike, gradwa kapaciteta, pra}ewe stawa i diseminacija informacija i iskustva.

Sve ovo treba da bude povezano sa unapre|ewem funkcioni sawa socioekonomskog okru`ewa, funkcioni sawem na ~etiri glavne socijalne determinante nezaraznih bolesti: siroma{tvo, nedovoqna {ansa za obrazovawe, nezaposlenost i socijalne razlike.

Strategija treba da se primeni kroz partnerstvo na vi{e nivoa:

- Me|unarodni nivo ukqu~uje Svetsku zdravstvenu organizaciju, EU, profesionalna udru`ewa i nevladine organizacije;
- Nacionalni nivo ukqu~uje vladu i wene sektore zainteresovane za zdravqe, nevladine organizacije, zdravstvene institucije, obrazovne institucije;
- Lokalni nivo ukqu~uje lokalne institucije, interesne grupe.

Posebno zna~ajnu ulogu ima Evropski odred Svetske zdravstvene organizacije sa jasnim mandatom da vodi, razvija i primewuje strategiju i da pru`a pomo} u kreirawu boqe zdravstvene situacije {irom evropskog regiona.

Nacionalni programi za kontrolu malignih oboqewa

Svetska zdravstvena organizacija u saradwi sa me|unarodnom Unijom za borbu protiv malignih oboqewa, objavila je 2002. godine

dokument o nacionalnim programima kontrole malignih oboqewa.⁷

U tom dokumentu navodi se da je bar jedna tre}ina od 10 miliona slu~ajeva novih oboqewa preventabilna uz mere kontrole pu{ewa, konzumacije alkohola, adekvatne ishrane, imunizacije protiv virusa hepatitisa B. Ranim otkrivanem i blagovremenim adekvatnim le~ewem mogu}e je izle~iti jednu tre}inu, a preostale slu~ajeve u odmaklom stadijumu bolesti mogu}e je tretirati palijativnim merama.

I zraz kancer ili karcinom obuhvata preko sto razli~itih bolesti malignih tumora raznih organa kojima je zajedni~ko svojstvo poreme}aj mehanizma kojima se reguli{e normalni rast }elija.

Od deset miliona novih slu~ajeva godi{we u svetu, 4,7 miliona je u razvijenim zemqama, a 5,5 miliona u zemqama u razvoju. Od malignih oboqewa godi{we umire oko {est miliona qudi, ili 12 odsto od ukupnog broja umrlih. Broj umrlih do 2020. godine }e se pove}ati na deset miliona. Na pove}awe broja obolelih ima znatan uticaj i porast broja starih osoba. Od malignih bolesti danas boluje oko dvadeset miliona qudi, a taj broj }e se pove}avati na trideset miliona u 2020. godini. Maligna oboqewa uti~u na rast depresije i anksioznosti kod pacijenata i porodice. Pored ostalog, izazivaju velike tro{kove za le~ewe, a gubici zbog radne nesposobnosti i prerane smrti veoma su veliki.

Pod prevencijom se, pre svega, podrazumeva eliminacija ili svo|ewe na minimum uzroka malignih oboqewa. Ovaj pristup obezbe|uje najboqe, dugoro~ne rezultate i visoki stepen kost-efektivnosti.

Ukqu~ivawe programa prevencije malignih oboqewa u nacionalni integrisani program prevencije i kontrole nezaraznih bolesti najefektivnija je nacionalna strategija.

Faktori rizika, kao {to su pu{ewe, neadekvatna ishrana, gojaznost i nedovoqna fizi~ka aktivnost, isti su kao i kod drugih nezaraznih bolesti.

Rano otkrivanje osoba sa simptomima i putem skrininga pruža veću šansu za uspešan medicinski tretman obolelih. Skrining se primenjuje samo u slučaju kada postoje dokazi efektivnosti i kada postoje kadrovski i materijalni uslovi.

Skrining žena u rizičnoj grupi za rano otkrivanje karcinoma grlišta materice i dojke ima dokazanu efektivnost.

Medicinski tretman dijagnostikovano malignog obočewa treba da usledi brzo. Kod rano otkrivenog karcinoma grlišta materice, dojke, testisa, melanoma postiće se period preživljavanja od pet godina kod 75 odsto slučajeva, i više. To nije slučaj kod karcinoma želuca, pankreasa, pluća, kod kojih je preživljavanje od pet godina mawe od 15 odsto.

Palijativno lečenje ima za cilj da unapredi kvalitet života obolelih od malignih bolesti kod kojih medicinski tretman nije doveo do ozdravljenja. Ono podrazumeva tretiranje bola i drugih tegoba, ukqu-ujui psihike i psihosocijalne.

Menaxment nacionalnog programa

Planirane sa jasnim prioritetima i merama prevencije, ranog otkrivanja, blagovremenog medicinskog tretmana i palijativne mere žine suštinske elemente nacionalnog programa kojim se može ostvariti visoki stepen kontrole malignih bolesti, čak i u uslovima ograničenih sredstava.

Efektivan i efikasan nacionalni program zahteva kompetentan menaxment koji je u stawu da identifikuje prioritete i resurse, da organizuje i koordinira sve raspoložive resurse, žime se omogužava progres u ostvarivanju planiranih ciljeva. Pristup kvalitetnom menaxmentu zasniwa se na sledećim principima:

- orijentacija na definisane ciljeve;
- fokusirane na stvarne potrebe;
- sistematski proces u donošenju odluka;
- sistematski i sveobuhvatni pristup;

- voštvo;
- partnerstvo;
- kontinuirano unapređivanje, inovacije i kreativnost.

Implementacija treba da se sprovodi postepeno. Edukacija svih učesnika i na svim nivoima, uspostavljanje sistema monitoringa i evaluacije.

Koncept nacionalnog programa sadrži scenario za zemlje sa veoma ograničenim resursima (A), sa srednjim nivoom resursa (B) i sa visokim nivoom resursa (C).

Izloženi koncept nacionalnog programa namewen je zemljama u kojima ne postoji jedinstveni nacionalni program prevencije i kontrole nezaraznih bolesti.

Elementi ovog programa mogu biti ugrađeni i u jedinstveni nacionalni program prevencije i kontrole nezaraznih bolesti, naročito u smislu specifičnih ciljeva i mera za oblast malignih obočewa.

Razvoj preventivne strategije

Prevencija bolesti ukqu-uje različite aktivnosti koje se mogu grupisati na:

- promene u fizičkoj sredini;
- promene stila života i socijalne sredine;
- efektivna preventivna zdravstvena služba.

Najbolje strategije neće uspeli ako ih stanovništvo ne prihvati. Efektivna je biti strategija koja ukqu-uje celokupno stanovništvo i sve sektore u zajednici kao ravnopravne partnere.

Razvoj preventivne strategije na primarnom nivou zdravstvene zaštite

Prvi korak u razvoj strategije jeste utvrđivanje ciljeva. Ciljevi mogu biti iskazani u odnosu na bolesti ili rizikne faktore, kao na primer:

- smanjiti smrtnost od koronarne bolesti;
- smanjiti incidencu cerebrovaskularnog infarkta;

- smawiti prevalencu pu{ ewa;
- smawiti prose~an sistolni krvni pritisak kod odraslog stanovni{ tva.

Ci q treba da bude def inisan u odnosu na odre|eno stanovni{ tvo. Ci q treba da bude formulisan tako da svaka aktivnost ima ishod koji se mo` e meriti.

Kriterijumi se moraju birati tako da se mo` e meriti progres u odnosu na ostvarivawe ci qeva. Kriterijumi mogu ukqu~iti: prevalencu pu{ a~a i stope smrtnosti od odre|enih bolesti.

Ci qevi moraju biti kvantitativno izra` e ni, kao na primer:

- smawiti smrtnost od koronarne bolesti kod stanovni{ tva ispod 65 godina starosti najmawe 40 odsto do 2015. godine.

Ci qevi mogu iskazati i odre|ene promene, kao na primer:

- smawiti prevalencu pu{ ewa cigareta na najvi{ e 20 odsto pu{ a~a do 2010. godine;
- smawiti prose~ni sistolni krvni pritisak kod odraslog stanovni{ tva najmawe za 5 mmHg do 2010. godine.

Kod utvr|ivawa ci qeva mora se ozna~iti nivo vrednosti u startnoj godini u odnosu na koje se def iniu ci qevi.⁸

Monitoring i evaluacija

Evaluacija implementacije programa ima tri aspekta: evaluacija primene, evaluacija procesa i evaluacija rezultata u smislu ishoda.

Evaluacija ishoda meri rezultate ostvarene u pogledu promena nivoa rizi~nih faktora, promena stila ` ivota, znawa kao rezultata primena mera zdravstvene edukacije i individualnih saveta.

Proces evaluacije analizira konkretne mere i na~in wihove primene. Procena ukqu~uje funkcioni sawe zdravstvene slu` be na primarnom nivou. Determinante funkcioni sawa ukqu~uju kompetenciju, motivaciju i te{ ko}e koje se moraju prevazi}i.

U pripremama za primenu preventivnog programa treba ukqu~iti:

- dijalog sa timom zdravstvenih radnika na primarnom nivou;
- upoznavawe stanovni{ tva sa ci qevima i o~ekivanim rezultatima programa;
- edukaciju zdravstvenih radnika u odnosu na wihovu ulogu u ostvarivawu programa.

Veoma va` an preduslov jeste izrada konkretnih i jasnih stru~nih uputstava. Lokalna stru~na uputstva po pravilu treba da budu nacionalna uputstva prilago|ena lokalnim prilikama.

Literatura

1. Jakovcevi} \., Planojevi} M.: Dvadeset godina MONICA projekta u Novom Sadu. Institut za KVB i Dom zdravqa Novi Sad, 2005. str. 23–25.
2. Puska P.: Comprehensive Cardiovascular Community Control Programmes in Europe. WHO Reg. Off. for Europe. Copenhagen 1988.
3. Prevention of Coronary Heart Disease. Report of a WHO Expert Committee. WHO Geneva, 1982.
4. Protocol and Guidelines. CINDI. WHO Reg. Off. for Europe, 1996.
5. Global Strategy for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases. WHA (A53/17).
6. Health for All in 21 st Century. WHO Reg. Off. for Europe. Copenhagen 1999. str. 54–65.
7. WHO: National Cancer Control Programmes. Geneva 2002.
8. Prevention in Primary Care. CINDI. WHO Reg. Off. for Europe. Copenhagen 1994. str. 195–205.
9. WHO: A Strategy to Prevent Chronic Disease in Europe. Reg. Off. for Europe 2006.

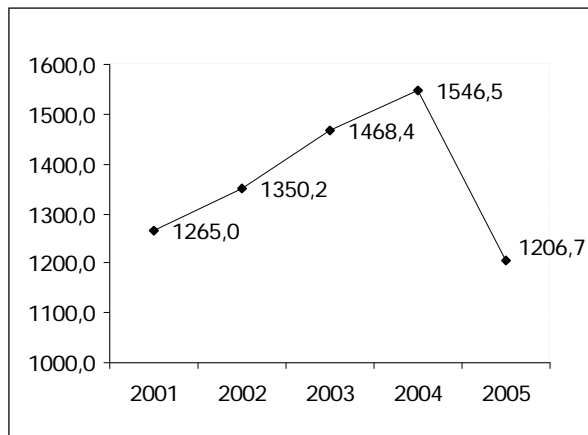
Stru-ni i nau-ni radovi

Zarazne bolesti u Republici Srbiji¹

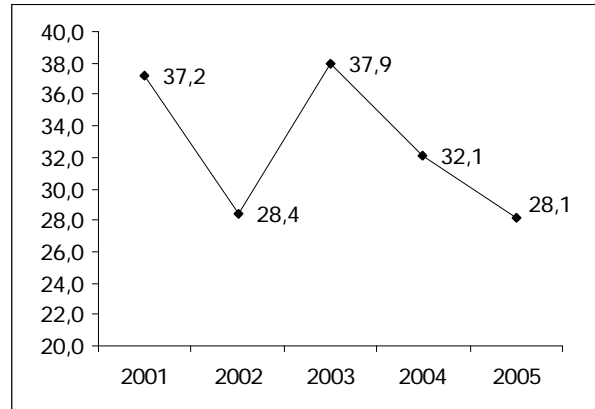
Kretawe zaraznih bolesti

Na teritoriji Republike Srbije u 2005. godini prijaveno je 90.481 obolelih od zaraznih bolesti sa incidencijom od 1206,7 na 100.000 stanovnika. Pad u broju prijavljenih slu~ajeva tokom 2005. godine u odnosu na prethodne godine (**grafikon 1**) tuma~i se prestankom prijavljivawa nekih obo~ewa na osnovu novog Zakona o za{titi stganovni{tva od zaraznih bolesti, (*Erysipelas*, *Herpes zoster*) svih parazitarnih obo~ewa izuzev {uge, koja je u~estvovala u zna~ajnom broju u ukupnom prijavqivawu prethodnih godina.

Pad incidencije plu~ne turberkuloze u 2005. godini je posledica sprovo|ewa globalnog programa SZO za kontrolu tuberkuloze i uvo|ewa Strategije direktno opservirane terapije (DOTS) u 2002. godini, tako da se



Grafikon 1. Kretawe incidencije zaraznih i parazitarnih bolesti (na 100.000 stanovnika) u Republici Srbiji, 2001–2005. godina.

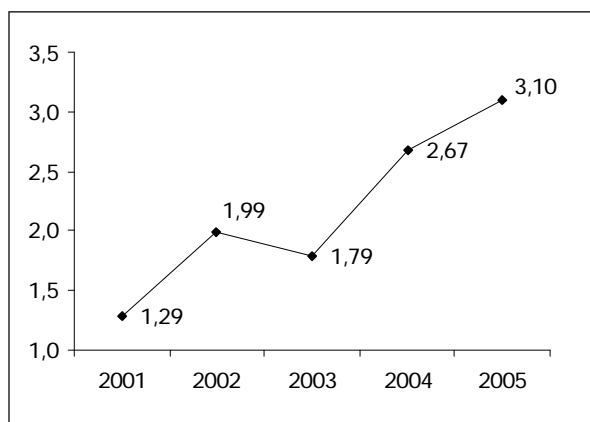


Grafikon 2. Kretawe incidencije od plujnih bolesti (na 100.000 stanovnika) u Republici Srbiji, 2001–2005. godina.

Tabela 1. Naj-e{e zarazne bolesti u Republici Srbiji, 2003–2005. godina.

	2003.	2004.	2005.
Varicella	I	I	I
Infectiones intestinales bact. alie	II	IV	III
Tonsillitis streptococcica	III	II	II
Herpes Zoster	IV	III	
Scabies	V	V	V
Intoxicaciones alimentariae bacteriales	VI	IX	VI
Salmonellosis	VII	X	IX
Mycosis	VIII		
Scarlatina	IX	VII	VIII
Pharyngitis Streptococcica	X		
TBC			X
Pneumonia			VII
Infectiones per Escherichiam coli		VI	
Diarrhoea et gastroenteritis causa inf. suspecta		VIII	IV

¹ Iz: Zdravstveno-statisti~ki godi{wak Republike Srbije 2005, Institut za javno zdravqe „Dr Milan Jovanovi{ Batut“, Beograd.



Grafikon 3. Kretanje stope mortaliteta od zaraznih bolesti (na 100.000 stanovnika) u Republici Srbiji, 2001–2005. godina.

nakon većeg broja prijavljenih slučajeva u 2003. godini usled poboljšanog nadzora, uočava kontinuirano opadanje incidencije plućne tuberkuloze (**grafikon 2**).

U rangu deset najčešćih zaraznih bolesti u 2005. godini, kao i prethodne dve go-

dine vodeće mesto je zauzimala varicela (**tabela 1**).

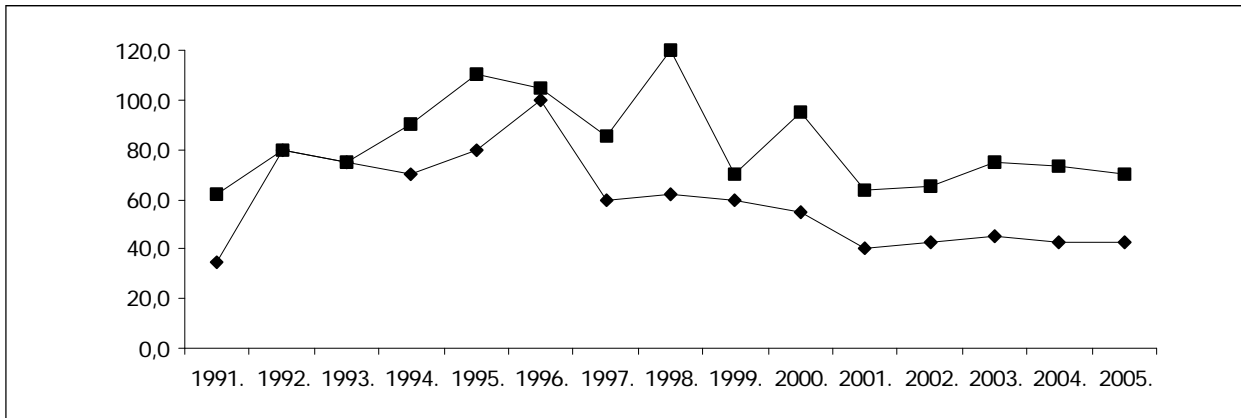
Od zaraznih bolesti u 2005. godini umrla su 233 lica, sa stopom mortaliteta 3,1/100.000, koja je najviša u poslednjih pet godina, usled povećanog broja registrovanih slučajeva umrlih od sepse i tuberkuloze, zbog a`uriranja prijave smrtnih ishoda od zaraznih bolesti i promene u sistemu prijavljivanja (**grafikon 3**).

Kretanje zaraznih bolesti i preventabilnih vakcinama

Incidencija bolesti preventabilnih vakcinama bila je u 2005. godini najniža u poslednjih pet godina, sa učešćem u ukupnom obolevanju od 0,29 procenata (**tabela 2**). Poslednji slučaj difterije prijavljen je 1980 godine, dečije paralize 1996, a tetanusa novorođenadi 1999. godine.

Tabela 2. Kretanje bolesti preventabilnih vakcinama u Republici Srbiji, 2001–2005. godina.

		2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
Dečija paraliza	oboleli	0	0	0	0	0
	incidencija	0	0	0	0	0
Difterija	oboleli	0	0	0	0	0
	incidencija	0	0	0	0	0
Tetanus ukupno	oboleli	14	11	8	12	15
	incidencija	0,18	0,14	0,11	0,16	0,20
Tetanus novorođenadi	oboleli	0	0	0	0	0
	incidencija	0,00	0	0	0	0
Veliki kašalj	oboleli	5	4	13	14	4
	incidencija	0,06	0,05	0,17	0,19	0,05
Zaučci	oboleli	350	685	362	135	93
	incidencija	4,51	8,82	4,83	1,80	1,00
Male bogiwe	oboleli	18	27	15	8	24
	incidencija	0,23	0,35	0,20	0,11	0,32
Rubeole	oboleli	1279	528	332	227	153
	incidencija	16,47	6,80	4,43	3,03	2,04
Hepatitis B	oboleli	429	363	368	322	323
	incidencija	5,52	4,67	4,91	4,29	4,31



Grafikon 4. Broj obolelih i umrlih od Morbus HIV u Republici Srbiji, 2001–2005. godina.

Kretawe obolelih od Morbus HIV

U Republici Srbiji u periodu od 1985. godine, kada su registrovani prvi slu-ajevi, do 2005. godine prijavljeno je 1299 obolelih od Morbus HIV (AIDS, SIDA) od kojih je 897 (69%) osoba umrlo. Tokom 2005. godine registrovane su 53 novoobolele (stopa incidencije 0,7 na 100.000 stanovnika), dok je 25 osoba umrlo (stopa mortaliteta 0,3 na 100.000 stanovnika) (**grafikon 4**). Distribucija obolelih i umrlih po polu i uzrastu prikazana je u **tabeli 3**.

Od 1299 obolelih osoba 73 odsto su osobe mu{ kog pola, a 27 odsto `enskog pola. Me|u umrlima registrovano je 75 odsto mu{ karaca i 25 odsto `ena.

Tabela 3. Oboleli i umrli od Morbus HIV-a prema polu u Republici Srbiji, 2001–2005. godina.

Uzrast	Mu{ ko		`ensko		Svega	
	obol eli	umrli	obol eli	umrli	obol eli	umrli
0-14	20	8	14	13	34	21
15-19	16	13	5	2	21	15
20-29	118	71	69	34	187	105
30-39	432	303	178	111	610	414
40-49	229	172	55	43	284	215
50-59	91	60	14	11	105	71
60+	46	47	12	9	58	56
Ukupno	952	674	347	223	1299	897

U odnosu na transmisivnu grupu, tj. prijavljeni na~in sticawa HIV infekcije, najve}i broj obolelih je registrovan me|u intravenskim korisnicima droge (**tabela 4**)

Tabela 4. Oboleli od Morbus HIV-a prema tipu transmisije u Republici Srbiji, 1985–2005. godina.

Transmisivne grupe	Obol eli	%
Intravenski narkomani	566	43,57
Hemofilijari i primaoci krvi i derivata	107	8,24
Homo/biseksualci	195	15,01
Heteroseksualci i seksualni partneri HIV+	266	20,48
Sa majke na dete	18	1,38
Nepoznato	147	11,32
Ukupno	1299	100,00

Epidemije zaraznih bolesti

Kretawe epidemija zaraznih bolesti u odnosu na put { irewa infektivnog agensa prikazano je na **tabeli 5**. Naj-e{ }e su registrovane alimentarne epidemije, sa u-e{ }em od 57 do 73 odsto u odnosu na sve epidemije u periodu 2001–2005. godina. U 2005. godini naj-e{ }i uzro~nik je bila *Salmonella enteritidis*, otkrivena u 44 alimentarne epidemije (62 odsto).

Tabela 5. Epi demije zaraznih bolesti prema putevima širenja i infekcijskog agensa u Republici Srbiji, 2001–2005. god..

Put širenja	Broj	2001.	2002.	2003.	2004.	2005.
		Alimentarne	Broj epi demija	192	247	266
	Broj obolelih	2297	2719	2983	1637	1678
Kontaktne	Broj epi demija	49	50	57	70	93
	Broj obolelih	762	480	393	648	511
Vazdušno-kapćine	Broj epi demija	24	29	35	39	24
	Broj obolelih	454	696	1281	1020	1561
Hidrične	Broj epi demija	3	3	1	5	4
	Broj obolelih	82	930	19	338	347
Nepoznat	Broj epi demija				17	
	Broj obolelih				247	
Ukupno	Broj epi demija	272	339	365	303	285
	Broj obolelih	3647	4992	4722	3890	4097

Tabela 6. Najčešći BI u Republici Srbiji u 2005. godini

Lokalizacija BI	Broj	%
Infekcije mokraćnog sistema	168	28,96
Infekcija operativnog mesta	141	24,31
Pneumonije	45	7,76
Infekcije krvi	47	8,10
Infekcije koštano-zglobnog sistema	6	1,03
Infekcije kardiovaskularnog sistema	1	0,17
Infekcije centralnog nervnog sistema	1	0,17
Infekcije oka, uha i nosa	6	1,03
Infekcije sistema za varenje	29	5,00
Infekcije sistema za disanje	57	9,83
Infekcije polnog sistema	25	4,31
Infekcije kože, i mekih tkiva	51	8,79
Stemske infekcije	2	0,34
Infekcije vezane za centralni venski kateter	1	0,17
Ukupno	580	100,00

Tabela 8. Prouzrokovani bolnički infekcija u Republici Srbiji, 2005. godina

Mikroorganizam	Broj izolata	%
Staphylococcus aureus	540	19,92
Staphylococcus koagulaza neg.	199	7,30
Streptococcus	19	0,70
Pneumococcus	39	1,44
Enterococcus	167	6,16
Moraxella catarrhalis	26	0,96
Citobacter	24	0,88
Enterobacter spp.	46	1,70
Escherchia coli	516	19,03
Klebsiella spp.	237	8,74
Proteus spp.	192	7,08
Morganella	29	1,07
Providencia	10	0,37
Acinetobacter	229	8,45
Haemophilus	38	1,40
Pseudomonas spp.	251	9,26
Druge bakterije	57	2,10
Candida	92	3,39
Ukupno	2711	100,0

Tabela 7. Stopa incidencija bolni~kih infekcija na pojedinim odeljenjima bolnica u Republici Srbiji, 2002–2005. godina.

Odeljenje	Stopa incidencija bolni~kih infekcija (%)							
	Najniža				Najviša			
	2002.	2003.	2004	2005	2002.	2003.	2004	2005
hirurgija	0,20	0,4	0,3	0,1	8,5	10,6	8,2	3,3
Ortopedija/reumatologija	0,50	1,1	0,3	1,4	10,2	12,5	14,4	1,3
Intenzivna nega	0,70	6,3	2,8	21,7	16,2	28,4	27,6	56,9
Urologija	0,70	1,2	1,8	1,1	6,5	6,7	7,4	10,1
Ginekologija/akušerstvo	0,02	0,1	0,2	0,3	3,6	6,3	2,2	9,9

Tabela 9. Aktivna imunitetna pokrivenost prema dobi, vakcinacija i revakcinacija u 2005. godini

Uzrast vakcinisanih i vrsta vakcine	REPUBLIKA SRBIJA			CENTRALNA SRBIJA			VOJVODINA		
	Broj planiranih	Broj vakcinisanih	Obuhvat %	Broj planiranih	Broj vakcinisanih	Obuhvat %	Broj planiranih	Broj vakcinisanih	Obuhvat %
Na rođewu									
BCG	70667	69106	97,8	53898	52528	97,5	16769	16578	98,9
U 1. godini života									
DTP3	70418	68828	97,7	50990	49861	97,8	19428	18967	97,6
OPV3	70509	68958	97,8	51078	49957	97,8	19431	19001	97,8
HepB3	70509	45910	65,1	51078	28982	56,7	19431	16928	87,1
U 2. godini života									
MMR	72050	68855	95,6	52805	49984	94,7	19245	18871	98,1
DTP rev. 1	72101	70389	97,6	53187	51823	97,4	18914	18566	98,2
OPV rev. 1	72094	70422	97,7	53290	51939	97,5	18804	18483	98,3
U 7. godini života									
DT rev. 2	69268	68314	98,6	50754	49951	98,4	18514	18363	99,2
OPV rev. 2	69762	68729	98,5	50960	50087	98,3	18802	18642	99,1
U 12. godini života									
MMR rev. 1	90778	89035	98,1	63774	62345	97,8	27004	26690	98,8
U 14. godini života									
DT rev. 3	84379	83195	98,6	60915	59947	98,4	23464	23248	99,1
OPV rev. 3	83740	82637	98,7	60814	59917	98,5	22926	22720	99,1
U 18. godini života									
TT rev. 4	85551	82306	96,2	63136	60372	95,6	22415	21934	97,9

Nadzor nad bolni~kim infekcijama

Nadzor nad bolni~kim infekcijama u 2005. godini sproveden je kroz praewenje incidencije i prevalencije bolni~kih infekcija (BI). U nacionalnoj studiji prevalencije, u kojoj su u~estvovali svi institu-

ti/zavodi za za{titu zdravlja u Srbiji, sprovedenoj u 59 bolnica, obuhvaeno je 16.512 pacijenata. Prevalencija pacijenata sa bar jednom BI iznosila je 3,1 odsto (521/16,512), a prevalencija svih BI 3,5 odsto (580/16,512). Najvee BI bile su infekcije mokraonog sistema i infekcije operativnog mesta (**tabela 6**)

Epidemiološki nadzor putem pražewa incidencije na odočewima sa visokim rizikom za nastanak BIVren je od strane 18 instituta/zavoda za zaštitu zdravčqa u Srbiji. Stope incidencije BIV prikazane su na **tabeli 7**. Naj-efikasniji prouzrokovani BIV u 2005. godini bili su *Staphylococcus aureus* i *Escherichia coli* (**tabela 8**).

Imunizacija

Aktivna imunizacija lica određenog uzrasta, planiranih za vakcinaciju i revak-

cinaciju u 2005. godini prikazan je na **tabeli 9**.

Obuhvat novorođadi (BCG) vakcinom u 2005. godini iznosi o je 97,8 odsto. Imunizacija protiv difterije, tetanusa, velikog kašćqa (DTP) i dečje paralize (OPV), kao i revakcinacija dece u drugoj godini života, predškolske i školske dece, sprovedena je u visokom obuhvatu planiranih obveznika, iznad 97 odsto. Imunizacija odođadi protiv hepatitisa B je otpoćela u drugoj polovini 2005. godine, tako da je obuhvat bio nizak i iznosi o je 65,1 odsto

Stru-ni i nau-ni radovi

Higijensko-sanitarno stawe u seoskim ambulancama { umadijskog okruga

N. \onovi},¹ V. Damjanov,² K. Lazarevi}³

Hygienically and Sanitarian Condition in Village Ambulances in Sumadian District

Djonovic N., M.D., Ph.D., Acc., Prof.: Damjanov, V., M.D., Ph.D., Prof.: Lazarevic K. M.D.

Sa`et ak. Domovi zdravca u { umadijskom okrugu, izuzev op{tine Arandjelovac, imaju 39 seoskih ambulanci. Slu`ba Higijene I ZJZ Kragujevac jedanput godi {we (a po potrebi i ~e {e}) vr{i higijensko-sanitarni nadzor ovih ambulanci, uzorkuje vodu za pi}e i bri-seve radnih povr{ina, ruku zaposlenih, sterilnog materijala i dezinfekcionih sredstava. Cilj na{eg rada jeste prikaz ocene higijensko-sanitarnog stawa ambulanci u seoskim sredinama, identifikovane prisutnih problema. U okviru ovog cilja re{avali smo slede}e zadatke: proveru zdravstvene ispravnosti vode za pi}e, proveru sterilnosti materijala i rastvora, proveru higijenskog stawa objekata metodom vla`nih briseva sa radnih povr{ina, ruku zaposlenih, proveru sterilnosti materijala i ocena higijensko-sanitarnog stawa zdravstvenih objekata. Istrazivawe je vr{eno tokom 2006. i 2007. godine na teritoriji {umadijskog okruga, izuzev op{tine Arandjelovac. Svi podaci su obra|eni adekvatnim matemati{kim metodama, softver SPSS for Windows ver. 11.0.

Rezultati istrazivawa su pokazali slede}e: od ukupno 72 uzorka voda za pi}e (za obe ispitivane godine) zdravstveno je neispravan 61 uzorak ($\chi^2=51.81$, $DF=1$, $p<0.01$). Od ukupnog broja 379 uzoraka razli{itog materijala

Summary. Health centers in Sumadija district, except Arandjelovac, have 39 villages ambulances.

Department of Hygiene, Institute for public health in Kragujevac once a year (more often according to need) is doing hygienically-sanitarian overlooking of these ambulances, testing drinking water and of working surfaces, arms of employees, of sterile material and disinfectants.

The aim of our work is showing mark of hygienically condition of ambulances in country, identification of present problems.

During the aim we have solved followed tasks: control of the drinking water, control of the sterility of material and sterile solutions and hygienic condition in ambulances.

Research is performed during 2006 and 2007 year, on the territory off Sumadian district, except the township of Arandjelovac.

All of the data are treated adequate mathematical-statistical methods, software SPSS for Windows ver. 11.0. Research results have showed followed: of 72 samplers of drinking water (for both years) healthy incorrect was 61 ($\chi^2= 51.81$, $DF=1$, $p<0.01$).

Of all of 379 samples of different material (swabs of the working surfaces, arms of nurses

¹ Doc. dr Nela \onovi}, Institut za javno zdravce Kragujevac, Medicinski fakultet Kragujevac.

² Prof. dr Vlasta Damjanov, Medicinski fakultet Kragujevac.

³ Dr Konstansa Lazarevi}, Institut za javno zdravce Ni{.

rijala (brisevi radnih površina, ruku zdravstvenih radnika, sterilnog materijala, sterilni materijal, dezinficijensi) mikrobiološka neispravnost je utvrđena kod 12 uzoraka, što čini 3,16% (mali procenat u odnosu na gradsku sredinu gde se procenat neispravnosti kreće 6,3–8,17%, $\chi^2=14.42$ DF=1, $r<0.05$).

Zaključak: Neophodno je u toku kraćem vremenskom roku popraviti higijensko-sanitarno stanje u seoskim ambulancama, pre svega obezbeđivanjem zdravstvene ispravne vode za piće i poboljšanje uslova rada i snabdjevenost istih.

Key words: higijena, seoske ambulante.

Uvod

Domovi zdravlja u umadijskom okrugu, izuzev opštine Aranđelovac, imaju 39 seoskih ambulanti. Služba Higijene Instituta za javno zdravlje (u daljem tekstu I ZJZ) Kragujevac u cilju utvrđivanja higijensko-sanitarnog stanja jedanput godišnje (a po potrebi i više) vrši higijensko-sanitarni nadzor ovih ambulanti, uzrokuje vodu za piće i briseve radnih površina, ruku zaposlenih, sterilnog materijala i dezinfekcionih sredstava. Kao najveći problem isti se se: zdravstveno neispravna voda za piće,¹ problem medicinskog otpada i neadekvatnih prostorija u kojima rade seoske ambulante,² u mnogim ambulancama je stalno prisutan samo medicinski tehničar, dok lekar dolazi dva do tri puta nedeljno.

Cilj rada

Cilj našeg rada jeste prikaz ocene higijensko-sanitarnog stanja ambulanti u seoskim sredinama i identifikovanje prisutnih problema. U okviru ovog cilja rešavali smo sledeće zadatke: proveru zdravstvene ispravnosti vode za piće, proveru sterilnosti materijala i rastvora, proveru higijenskog stanja objekta metodom vlažnih briseva sa radnih površina, ruku zaposlenih, proveru

and doctors, of the sterile material, sterile material, disinfections)

Microbiologic incorrection is determined at 12 samples, which makes 3.16 % (less percent in relation on city area where percent of incorrection is 6.3-8.17%, $\chi^2=14.42$ DF=1, $p<0.05$).

Conclusion: It is necessary that in the shortest time period fix hygienically-sanitarian condition in country ambulantes, in the beginning to secure correct drinking water for drinking and improvement of working conditions.

Key words: Hygiene, villages ambulantes.

sterilnosti materijala i ocena higijensko-sanitarnog stanja zdravstvenih objekata.^{3,4,5}

Materijal i metod rada

Kao materijal za ovaj rad koristili smo dokumentaciju službe Higijena I ZJZ Kragujevac, i to: rezultate ispitivanja voda za piće, rezultate ispitivanja higijenskog stanja zdravstvenih objekata i rezultate higijensko-sanitarnih nadzora istih. Istranjava je vršeno tokom 2006. i 2007. godine na teritoriji umadijskog okruga, izuzev opštine Aranđelovac. Svi podaci su obrađeni adekvatnim matematičko-statističkim metodama, softwear SPSS for Windows ver. 11.0.

U okviru statističke obrade podataka koristili smo adekvatne matematičko-statističke metode, maksimalno prilagođene vrsti i tipu podataka, kao i cilju istranjava. Od metoda deskriptivne statističke upotreбили smo metod tabelirawa i grafičkog prikazivawa, a od metoda statističkih testova, s obzirom na vrstu podataka, koristili smo hi-kvadrat test.

Rezultati istranjava

Rezultati istranjava su pokazali sledeće: od ukupno 72 uzorka vode za piće (za

obe ispitivane godine) zdravstveno je neispravan 61 uzorak ($\chi^2=51.81$, $DF=1$, $p<0.01$). U toku 2006. godine uzorkovano je 29 voda za pi}e (zdravstveno je ispravno pet, neispravno 24), a u toku 2007. godine 33 uzorka vode za pi}e (zdravstveno je ispravno { est, neispravno 27) (**tabela 1**). Svih 61 zdravstveno neispravnih voda za pi}e pokazalo je mikrobiolo{ku neispravnost, i to: pove}an ukupan broj aerobnih mezofilnih bakterija u 1 ml uzorka na 37°C posle 48 sati

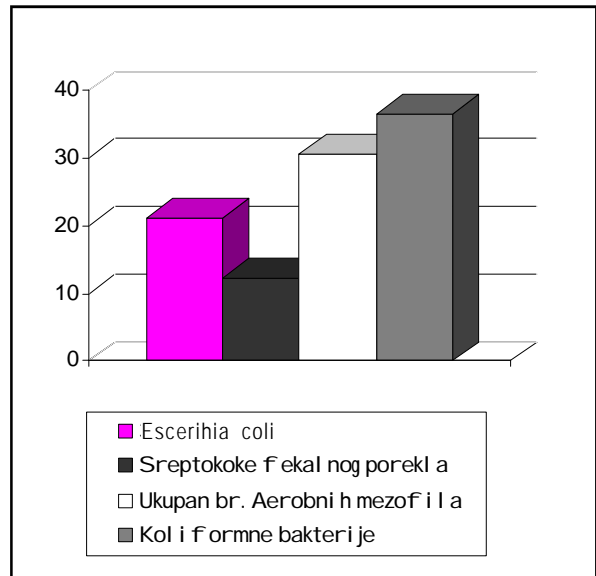
Tabela 1. Zdravstvena ispravnost vode za pi}e u seoskim ambulantama

Godina	2007.	2006.
I spravno	5	6
Nei spravno	hemijski i mikrobiolo{ki	11
	samo mikrobiolo{ki	6
Ukupno	29	33

$\chi^2=51.81$, $p<0.01$ (postoji statisti~ki zna~ajna razlika u odnosu na mikrobiolo{ku i hemijsku ispravnost/neispravnost vode za pi}e u seoskim ambulantama za obe posmatrane godine).

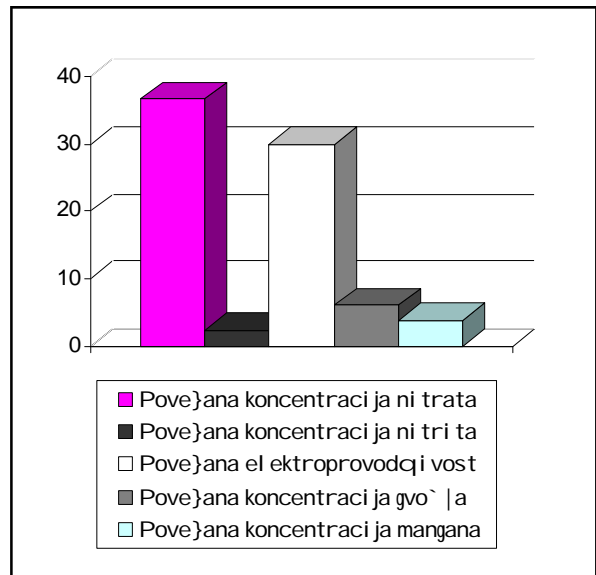
(30,8 %), prisustvo koliformnih bakterija na 37°C u 100 ml uzorka odre|ene kao najverovatniji broj MPN (36,7 %), prisustvo streptokoka fekalnog porekla (12,3%), prisustvo Escherichiae coli (21,2%), { to je tako|e dalo statisti~ki zna~ajnu razliku ($\chi^2=21.32$, $DF=3$, $r<0.05$) (**grafikon 1**). Kod 17 uzoraka vode identifikovana je i hemijska neispravnost i to: pove}ana koncentracija nitrata (36,9%), pove}ana koncentracija nitrita (2,3%), pove}ana elektroprovodqivost (29,9%), pove}ane koncentracije gvo`|a i mangana (6,1% za gvo`|e i 3,8% za mangan), smanjena pH vrednost vode za pi}e (5,5%), poja~ana boja i mutno}a (15,4%), i pokazali su zna~ajnu statisti~ku razliku ($\chi^2=35.742$, $DF=6$, $r<0.05$) (**grafikon 2**).

Medicinski otpad se neadekvatno odlavljuje ili spaquje u ve}ini seoskih ambulanti (u 2006. godini 24 ambulante nemaju re}eno pitawe pri kupqawa i odlagawa medicinskog otpada, a u 2007. godini 27 ambulanti nehi-



Grafikon 1. Uzroci mikrobiolo{ke neispravnosti vode za pi}e u seoskim ambulantama

$\chi^2=21.32$, $r<0.05$



Grafikon 2. Uzroci hemijske neispravnosti vode za pi}e u seoskim ambulantama

$\chi^2=35.742$, $r<0.05$

gijenski postupaju sa medicinskim otpadom), ($\chi^2=37.65$, $p<0.01$).

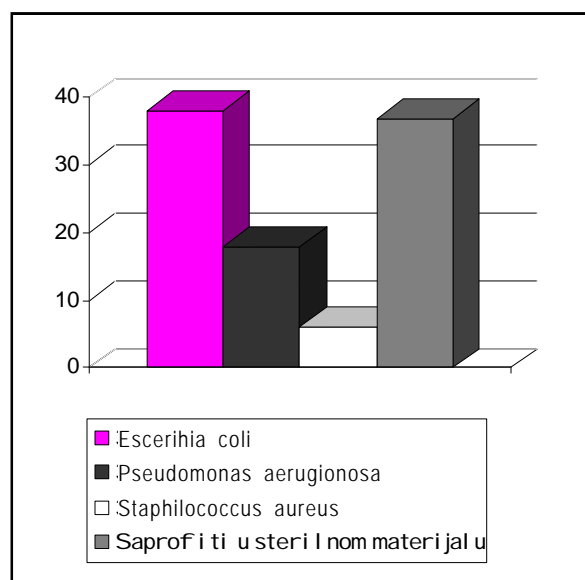
Snadbevenost ambulanti je veoma lo{a: samo dve ambulante su zadovoljavaju}e snadbevene lekovima, sterilnim zavojnim mate-

rijalom i dezificijensima. U 2006. godini 12 seoskih ambulanti je imalo suve sterilizatore, a u 2007. godini opremljenost je poboljšana pa je još 15 seoskih ambulanti dobilo suve sterilizatore, ali, na `alost, starost ovih aparata je u proseku 24,5 godina. Samo su dve ambulante dobile nove aparate za suhu sterilizaciju.

Pomoćni radnici u 27 ambulanti rade po ~etiri sata dnevno (polu radnog vremena), a u ~etiri slu`aja jedan radnik opslu`uje dve ambulante, dok samo osam ambulanti ima pomoćnog radnika puno radno vreme.

Sve seoske ambulante su smeštene u starijim zgradama, ali je {est ambulanti detacno renovirano u poslednjih pet godina. Ostale ambulante je potrebno gra|evinski srediti (posebnu pa`vu obratiti na plafone i krovove, jer proki`ava u ~ak 21. ambulanti, zatim na podove koji su od neadekvatnog materijala – drveni patos u 24 ambulante, drveni parket u tri i betoni linoleum u deset ambulanti, a kerami`ke plo`ice su u samo dve ambulante, dok je i stolariju potrebno zameniti u 33 ambulante). Ove seoske ambulante se uglavnom sastoje samo od ordinacije, ~ekao nice, {altera i toaleta (22 ambulante), neke imaju još i odvojenu intervenciju (sedam ambulanti), ili dve i vi{e ordinacije (~etiri ambulante), i lekarsku sobu i sobu za sestre (sedam ambulanti).

Od ukupnog broja 379 uzoraka razli`itog materijala (brisevi radnih povr{ina, ruku zdravstvenih radnika, sterilnog materijala, sterilni materijal, dezificijensi) mikrobiolo{ka neispravnost je utvr|ena kod 12 uzoraka, {to ~ini 3,16.% (mavi procenat u odnosu na gradsku sredinu gde se procenat neispravnosti kre`e 6,3–8,17 %, ($\chi^2=14.42$ DF=1, $r<0.05$). Naj~e{i uzrok mikrobiolo{ke neispravnosti bila je Esherichia coli, Pseudomonas aeruginosa, Staphilococcus aureus i saprofiti u sterilnom materijalu ili rastvorima dezificijensa ($\chi^2=47.65$ DF=3, $r<0.05$) (**grafikon 3**). Zadovoljavaju}u ocenu higijensko-sanitarnog stawa dobilo je pet seoskih ambulanti u 2006. godini i {est u



Grafikon 3. Uzroci mikrobiolo{ke neispravnosti uzorkovanog materijala
 $\chi^2=47.65$, $r<0.05$

2007. godini, a ostale ambulante imaju nezadovoljavaju}e higijensko-sanitarno stawa ($\chi^2=37.65$, DF=2, $p<0.01$) (**tabela 2**).

Tabela 2. Ocena higijensko-sanitarnog stawa u seoskim ambulantama

Ocena higijensko-sanitarnog stawa	2007.	2006.
Zadovoljavaju}e higijensko-sanitarno stawa	5	6
Nezadovoljavaju}e higijensko-sanitarno stawa	34	33
Ukupno	39	39

$\chi^2=37.65$, $p<0.01$ (postoji statisti-ki zna-ajna razli-ka u odnosu na ocenu higijensko-sanitarnog stawa u seoskim ambulantama za obe posmatrane godine)

Diskusija

Rezultati rada su pokazali izuzetno lo{u situaciju u pogledu zdravstvene ispravnosti voda u seoskim ambulantama.

Neophodno je (a to je i zakonska obaveza) obezbediti zdravstveno ispravnu vodu za pi}e, koja podrazumeva i hemijsku i mikrobiolo{ku ispravnost.^{1,2} Hemijska neisprav-

nost je znatno ve}i problem od mikrobiolo{ ke neispravnosti i u slu~ajevima kada su izrazito visoke vrednosti koncentracije nitrata (ima i preko 100mg/l) potrebno je prona}i neki alternativni na~in snadbeva- wa vodom a postoje}u vodu koristiti samo kao tehni ~ku. Mikrobiolo{ ka neispravnost se re{ava ~i{ }ewem i dezinfekcijom vodnih objekata i redovnom, kontinuiranom, dezinfekcijom vode za pi}e.

Medicinski otpad se neadekvatno odl- `e, nema seoskih deponija, ve} se ili spa- cuje ili baca u {umu ili potok.

Seoske ambulante su veoma oskudno snad- bevene medicinskim materijalom, nema u

svim ambulantama suvih sterilizatora, neo- dovcno je lekova, zavojnog materijala i in- strumenata. Prostorije i zgrade u kojima se nalaze naj~e{ }e su potpuno neadekvatne (stare, vla`ne, sa krovovima koji proki- {wavaju, mawkom prostorija...)^{3,4}

Nema dovcno medicinskog kadra, pa mnoge ambulante rade samo dva do tri dana nedecno.

Neophodno je u {to kra}em vremensku popraviti higijensko-sanitarno stawe u se- oskim ambulantama, pre svega obezbe|iva- wem zdravstveno ispravne vode za pi}e i poboq{avawem uslova rada i snadbevenosti istih.

Lit erat ura

1. Pravilnik o higijenskoj ispravnosti vode za pi}e, Slu`beni list SRJ 42/98, 4-12.
2. Kocijan~i} R. i sar.: Higijena, Medicinski fakul- tet, Univerzitet u Beogradu, Zavod za uxbenike i nastavna sredstva, Beograd, 2002.,165-194.
3. Drndarevi} D., Jankovi} S.: Bolni~ke infekcije - definicije, Priru~nik 1, Srbo{tampa, Beograd, 1998.
4. Jankovi} S.: Epidemiolo{ke karakteristike bol- ni~kih infekcija, Glas Instituta za za{titu zdravca Srbije, 1999;73 (sup. 1):1-7.
5. Stuparevi} V., Bogi}evi} S., Paraskijevi} B., Todorovi}-Kazimirovi} B.: Studija prevencije bol- ni~kih infekcija u Zdravstvenom centru Negotin, Timo~ki medicinski glasnik, 2006; vol. 31, 4.

Stru-ni i nau-ni radovi

Uloga i mesto dnevne bolnice u zdravstvenom sistemu Srbije

A. Ne{kovi},¹ M. Paunovi},² Z. Dimitrijevi},³ B. Budi}^4

Role and Position of Day Hospital within Serbian Health Care System

A. Neskovic, M.D., Ph.D., D.P.H.; M. Paunovic, M.D, Bsc., P.H.D.;
Z. Dimitrijevic, M.D. Ph.D., D.P.H.; B. Budic, D.N.

Sa`etak. Uvod: Prema Uredbi o planu mre`e zdravstvenih ustanova („Slu`beni glasnik RS“ br. 42/06), dnevna bolnica, kao posebna organizaciona jedinica poliklinike slu`be bolnice, organizuje se za obavljanje dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih usluga za ambulantne pacijente u oblasti nefrologije (hemodijaliza i peritonealna dijaliza) i drugim internističkim granama medicine, hirur{kim granama medicine i psihijatriji – za{titivno i preventivno zdravlje. Tretman pacijenta u dnevnoj bolnici je uvek kra{i od 24 sata, a mo`e zahtevati vi{e dolazaka (dana le~ewa). Porednost i le~ewa u dnevnoj bolnici su vi{estruke: stvaranje povoljnije psiholo{ke komponente za br{i oporavak, smanjenje rizika od intrahospitalnih infekcija, u{teda zdravstvenih resursa.

Ciq rada jeste da se analiziraju kapaciteti i rad dnevnih bolnica u Beogradu (bez dnevnih bolnica za hemodijalizu, koje su posebno organizovane i finansirane).

Metod rada je deskriptivno-analiti~ki. Izvor podataka su Izve{taji o izvr{enju planova rada zdravstvenih ustanova za pe-

Summary. Introduction: In accordance with the Regulation on the Plan of Health Care Facilities Network ("RS Official Gazette" No. 42/06), the day hospital, as a special unit of the hospital polyclinic service, has been organized for carrying out diagnostic, therapeutic and rehabilitation services for outpatients in following areas: nephrology (hemodialysis and peritoneal dialysis) and other internal branches of medicine, surgery and psychiatry. The treatment of patients in a day hospital is always shorter than 24 hours, and may require several arrivals (days of treatment). The advantages of such type of treatment are numerous. favorable psychological components for a speedier recovery, decreased risk of intrahospital infections, saving on hospital resources.

Aim: To analyze capacities and functioning of day hospitals in Belgrade (not including day hospitals for hemodialysis, which are specially organized and financed). Data from 1996 - 2006 Hospital Plan Reports and target research performed in 2003 and 2004 have been used as a source.

* Rad izlo`en na „Nau-no-stru-noj konferenciji socijalne medicine Srbije“, Smederevska Palanka, oktobar 2007..

¹ Prim. dr sc. An{elija Ne{kovi}, Gradski zavod za javno zdravlje Beograd.

¹ Prim. mr sc. dr Milena Paunovi}. Gradski zavod za javno zdravlje Beograd.

³ Prim. dr sc. Zorica Dimitrijevi}. specijalista socijalne medicine, Gradski zavod za javno zdravlje Beograd.

⁴ Biqana Budi}. VMS, Gradski zavod za javno zdravlje Beograd.

riod od 1996. do 2006. godine i cijano istra`ivawe sprovedeno 2003. i 2004. godine.

Rezultat i: U Beogradu rade dnevne bolnice u 23 bolni~ke ust anove, sa 1086 mest a i 63.000 le~enih lica godi{ we. U posledwih deset godina pove}ani su kapacitet i dnevni bolnica za 156 mesta (17%), a broj le~enih lica za 5643 (10%). Skoro polovina kapaciteta nalazi se u psihijatrijskim dnevnim bolnicama (49%), a 24% mesta je nameweno za rehabilitaciju. Najve}a iskori{ }enost kapaciteta je u dnevnim bolnicama za hemioterapiju, a najmawa na rehabilitaciji.

Problemi u radu dnevnih bolnica su brojni: post oje}om regulativom nisu definisani prostorni kapaciteti, potrebna oprema, medicinska dokumentacija (osnovni dokument je istorija bolesti), „korpa usluga“ koje se pru`aju u dnevnoj bolnici, finansirawe je neadekvatno, nedovoqno su razvijeni kapaciteti hirur{kih dnevnih bolnica, a gra|ani nisu informisani o mogu}nost ima dnevnih bolnica za le~ewe i rehabilitaciju.

Zakqu-ak: Bolnice samoinicijativno razvijaju dnevne bolnice kao vid le~ewa sa zna~ajnim prednost ima u odnosu na hospitalizaciju i pored brojnih problema i insuficijentne zakonske regulative u ovoj oblasti kod nas.

Uvod

U skoro se navr{ava sto godina otkako je de~ji hirurg Nichol, 1909. godine u Glazgovu, prvi put primenio le~ewe kroz dnevnu hirur{ku bolnicu¹. I ako su rezultati bili zadovoljavaju}i, takav vid le~ewa nije bio prihva}en. Razvoj medicinskih tehnologija pre svega laparoskopske hirurgije, zatim novih i poboq{anih anestetika, boqe razumevawe i kori{ }ewe analgetika, boqi menaxment postoperativne muke i povra}awa, razvoj adekvatne zdravstvene za{tite pre bolni~kog prijema i posle otpusta pacijenta, omogu}ili su aktuelizaciju dnevnih hirur{kih bolnica. U gradu

Results: In Belgrade, day hospitals function in 23 hospitals with 1086 beds and 63000 of treated persons per year. During last ten years, day hospital capacities have been increased for 156 beds (17%), and the number of treated persons for 5643 (10%). Almost one half of the total bed capacity is in psychiatric day hospitals (49%), and 24% of the capacities serve for rehabilitation. Greatest capacity usage is in day hospitals for chemotherapy and the smallest in these for rehabilitation.

There are numerous problems in organizing and functioning of day hospitals since space capacities, necessary equipment, medical documentation, "basket of services" provided in a day hospital, financing of provided services have not been defined by the current regulatin. Also, sugery capacities of the day hospitals are insufficiently developed and citizens have not been informed on possibilities of day hospital for treatment and rehabilitation.

Conclusion: Although there are numerous problems and insufficient legal regulations in this area in our country, hospitals develop day hospitals on their own initiative as a form of treatment with significant advantages in regard to hospitalization.

Fresko u Arizoni, 1970. godine, otvoren je prvi samostalni centar za dnevnu hirurgiju. Otada se bele`i stalni razvi tak dnevnih hirur{kih bolnica. U Australiji je prvi samostalni centar otvoren u Melburnu 1985. godine, a danas ih ima 215.¹

Pored hirurgije, dnevne bolnice se koriste i u drugim oblastima medicine, a posebno su razvijene u oblasti psihijatrije i onkologije. U okvi ru psihijatrije, prva dnevna bolnica otvorena je u Rusiji, rani h 1930-tih godina, zbog nedostatka sme{tajnih kapaciteta za somatske bolesnike.² [ire interesovawe za ovakvu organizaciju psihijatrijskog le~ewa po~elo je posle 1946. godine, kada je Bierer otvorio prvu dnevnu bol-

nicu u Londonu. Razvoj novih lekova i druga~iji pristup psihijatrijskom bolesniku doveli su do zatvarawa velikih psihijatrijskih institucija za dugotrajni sme{ taj, kra}eg hospitalnog tretmana i intenzivnog razvoja dnevnih psihijatrijskih bolnica. Wihova fleksibilnost, povezanost i otvorenost prema dru{tvu omogu}ava bolesnicima da re{avaju probleme, a da budu u svojoj sredini. Time se oboleli ne izoluje od dru{tva, ve} se stimuli{e da o~uva svoje socijalne aktivnosti i funkcije. Dnevna bolnica pru`a {ansu i okolini da kroz svakodnevne kontakte sa psihi~ki obolelim ~udima razbija i mewa ukorewene zablude i predrasude prema ovoj kategoriji bolesnika.

U oblasti onkologije danas se smatra da se vi{e od polovine hemoterapijskih protokola mo`e primeniti u dnevnoj bolnici. Ovaj vid le~ewa omogu}ava pacijentu da ostane u svom okru`ewu, a ~esto i da nastavi svoju profesionalnu delatnost sa svim pozitivnim psiholo{kim i ekonomskim posledicama.³

Dnevna bolnica se defini{e kao deo sistema zdravstvene za{tite koji funkcioni{e unutar postoje}e hospitalne zdravstvene ustanove, sa posebno namewenim posteqama - mestima, ili kao samostalna ustanova, sa zadr`avawem pacijenta u vremenskom periodu kra}em od 24 ~asa.⁴ Ovako organizovane, dnevne bolnice predstavqaju sponu izme|u hospitalnog i ambulatno poliklini~kog le~ewa.

U Srbiji su dnevne bolnice definisane kao posebna organizaciona jedinica poliklini~ke slu`be bolnice, koja se organizuje za obavqawe dijagnosti~kih, terapijskih i rehabilitacionih usluga za ambulatne pacijente u oblastima: nefrologije (hemodijaliza i peritonealna dijaliza) i drugim internisti~kim granama medicine, hirur{kim granama medicine i psihijatriji - za{titi mentalnog zdravqa (Uredba o planu mre`e zdravstvenih ustanova, Slu`beni glasnik RS br. 42/06). Propisano je da se kapaciteti dnevnih bolnica u internisti~kim i hirur{kim oblastima obezbe|uju sa najmawe pet odsto posteqa u odnosu na broj

posteqa u odgovaraju}im bolni~kim odecqwima.

Ciq rada jeste da se analiziraju kapaciteti i rad dnevnih bolnica u Beogradu (bez dnevnih bolnica za hemodijalizu, koje su posebno organizovane i finansirane).

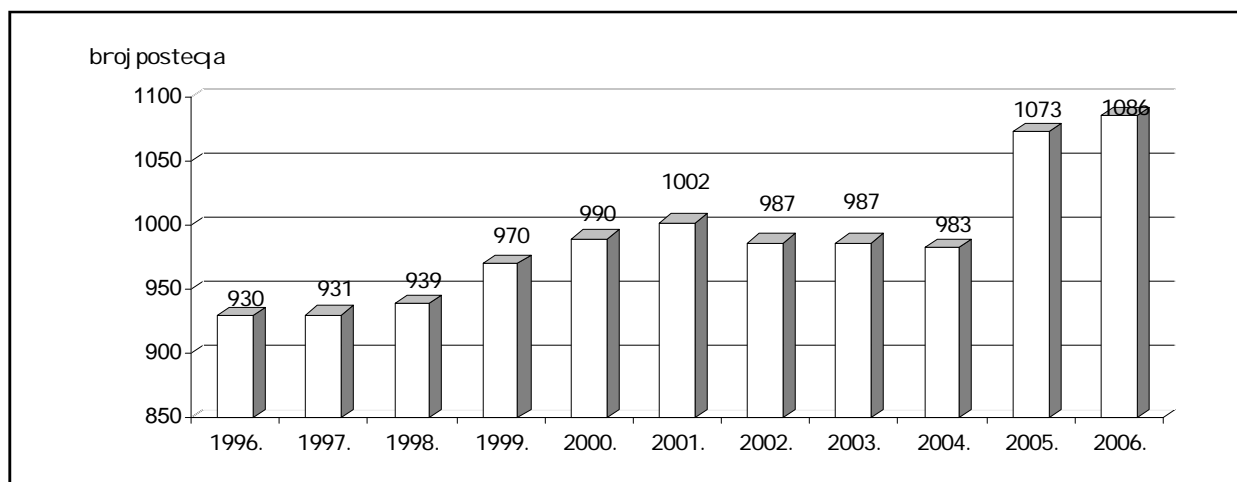
Metod rada. Izvor podataka su Izve{taji o izvr{ewu planova rada zdravstvenih ustanova za period od 1996. do 2006. godine i sprovedeno ciqano istra`ivawe. U okviru Izve{taja i statisti~kih podataka ne prikazuju se podaci o anga`ovanim kadrovima u dnevnim bolnicama, prostornim kapacitetima, sadr`aju rada, ve} samo obim rada. Zato je u Gradskom zavodu za javno zdravqe dizajniran upitnik za sagledavawe kapaciteta i performansi rada dnevnih bolnica. Lekari i medicinska sestra vi{e {kolske sprema, sa iskustvom u bolni~kom radu, izvr{ili su neposredan obilazak i uvid u rad postoje}ih dnevnih bolnica u Beogradu i popuwavali pripremqeni upitnik. Obilazak ustanova odvijao se krajem 2003. i po~etkom 2004. godine.

Rezultati. U Beogradu su organizovane dnevne bolnice u 23 stacionarne ustanove. U dnevnim bolnicama je u 2006. godini bilo 1086 posteqa - mesta, ili 10,1% od ukupnog posteqnog fonda, a le~eno je 63 725 pacijenata, {to predstavqa 25 odsto od ukupnog broja stacionarno le~enih pacijenata.

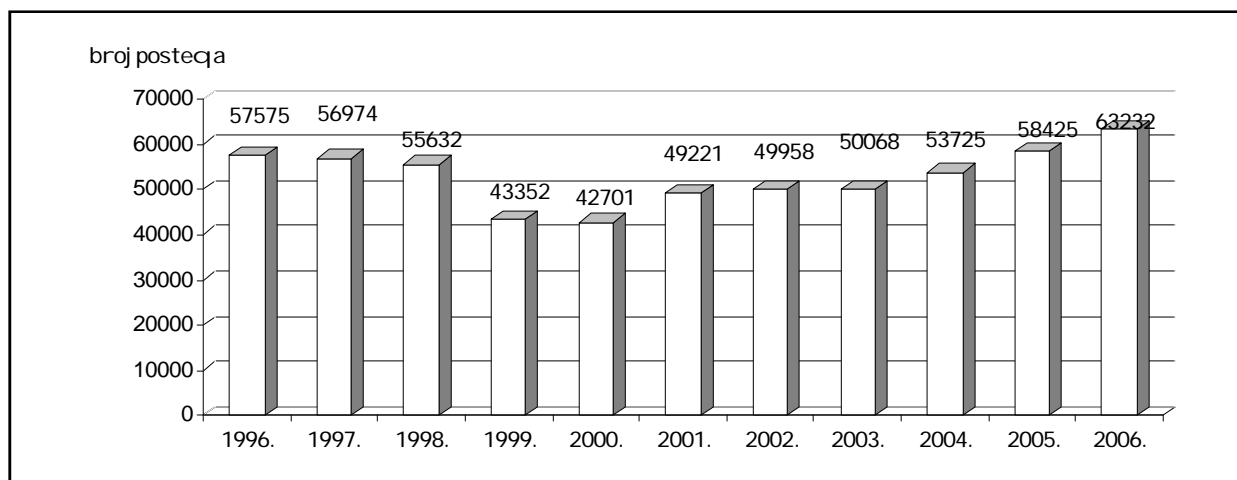
U posledwih deset godina u Beogradu se bele`i otvarawe novih dnevnih bolnica. Tako je u periodu od 1996. do 2006. godine posteqni fond dnevnih bolnica pove}an za 156, ili za 17 odsto (**grafikon 1**).

U istom periodu broj le~enih pacijenata je pove}an za 5643, ili za 10 odsto (**grafikon 2**).

U odnosu na delokrug rada, sve dnevne bolnice se mogu svrstati u: internisti~ke, hirur{ke, ginekolo{ke, psihijatrijske, rehabilitacione i dnevne bolnice za hemioterapiju. Skoro polovina sme{tajnog kapaciteta (49%) nalazi se u psihijatrijskim dnevnim bolnicama, a veliki broj mesta je namewen za rehabilitaciju (24% ukupnog posteqnog fonda). To zna~i da su u ostalim

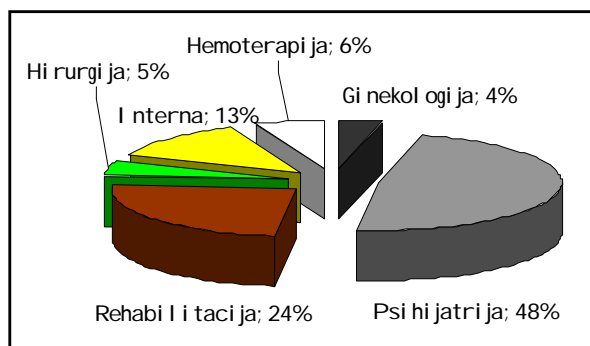


Grafikon 1. Kapaciteti dnevnih bolnica u Beogradu u periodu od 1996. do 2006. godine.



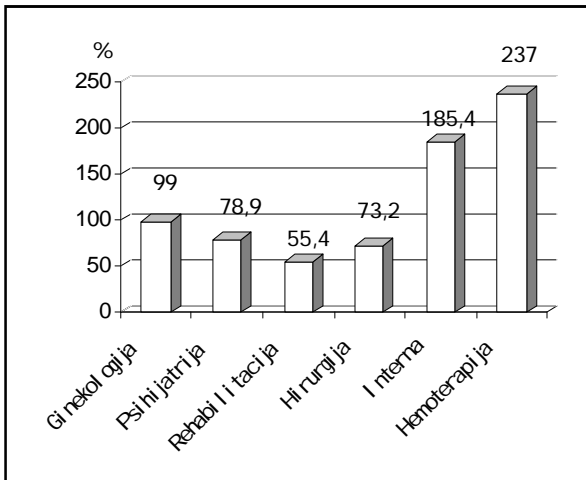
Grafikon 2. Broj le-enih pacijenata u dnevnim bolnicama u Beogradu.

granama medicine dnevne bolnice još uvek slaborazvijene (**grafikon 3**).



Grafikon 3. Struktura posteljnog fonda u dnevnim bolnicama u Beogradu u 2006. godini

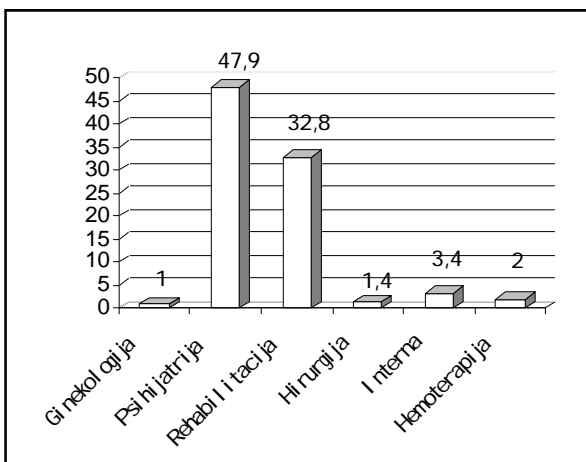
Sve dnevne bolnice nisu korišćene sa istim intenzitetom. Najmanja prosečna dnevna zauzetost ostvarena je u dnevnim bolnicama namenjenim za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju (55%), a najveća u dnevnim bolnicama za hemoterapiju (237%) (**grafikon 4**). Zauzetost posteljnog fonda dnevnih bolnica računata je na 260 radnih dana, pošto većina dnevnih bolnica radi pet dana u nedelji. Ostvarena zauzetost veća od 100% je moguća jer pacijenti borave po nekoliko sati u dnevnoj bolnici, tako da je moguće lečewe više pacijenata na jednoj postelji u jednom danu.



Grafikon 4. Zauzetost postepnog fonda u dnevni m bolni cama u Beogradu u 2006. godini.

Za dijagnostiku i tretman patolo{kih stawa i oboqewa pacijenti prose~no ostvare jedan do dva dolaska (bolni~ka dana). I zuzetak su psihijatrijske dnevne bolnice sa prose~no 48 poseta i rehabilitacione sa 33 posete po pacijentu (**grafikon 5**). Prosek od samo dve posete u dnevni m bolni cama za hemioterapiju nije odraz realnog stawa, ve} neadekvatnog izve{tavawa.

Neposredni m uvidom utvr|eno je da se, pored osnovne namene, prostor vi{e od polovine dnevni h bolni ca (55,7%) koristi i u druge svrhe, i to naj~e}e (59%) kao bolesni ~

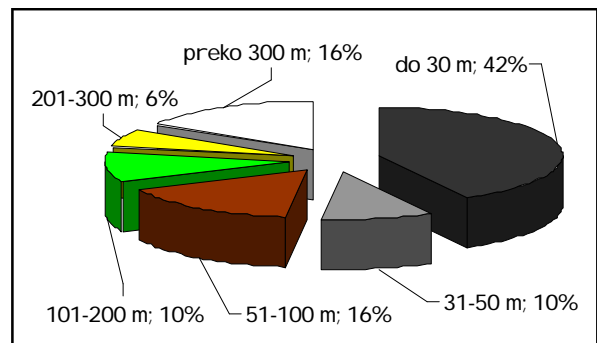


Grafikon 5. Prose~an broj poseta po pacijentu u dnevni m bolni cama u Beogradu u 2006. godini.

ka soba za le`e}e pacijente. Tako|e se dnevne bolni ce koriste i u nekim ustanovama za hitan prijem popodne i no}u, odnosno za ambul antni rad, kao i za edukaciju zdravstveni h radni ka.

Ustanovqeno je da osam internisti ~kih i devet hirur{kih dnevni h bolni ca u tri stacionarne ustanove nemaju svoj prostor, ve} se navodno za tretman pacijenata koriste slobodne poste}e u bolni ~kim sobama. Me|utim, u Planu rada ovi h ustanova prikazuje se „rad dnevne bolni ce“.

Dnevne bolni ce zauzimaju prostor povr{ine od 8m² do 2500m² (**grafikon 6**). Vi{e od polovine dnevni h bolni ca ima povr{inu do 50m². Najve}i prostor ima dnevna bolni ca u Specijalnoj bolni ci za cerebralnu paralizu i razvojnu neurologiju. Ona se nalazi u posebnom gra|evinskom objektu, gde se, pored rehabilitacije, vr{i i {kolovawe obolele dece. Ve}u povr{inu (300–600 m²) imaju i psihijatrijske dnevne bolni ce, kao i ginekolo{ka u GAK „Narodni front“.



Grafikon 6. Površina u dnevni h bolni ca u Beogradu u metri ma kvadratni m.

Poste}ni fond dnevni h bolni ca kre}e se od jedne do 130 poste}a – mesta. Najve}i broj dnevni h bolni ca (oko 75%) ima mali broj poste}a – do 10. Ve}i broj poste}a nalazi se u psihijatrijski m i rehabilitacioni m dnevni m bolni cama.

Medi cinski kadar koji radi u dnevni m bolni cama, u ve}ini slu~ajeva, radi i na drugim poslovima. Stalne lekare ima 31,5%, a stalne medi cinske sestre 32,9% dnevni h bolni ca, uglavnom psihijatrijski h i rehabilitacioni h.

Radno vreme dnevnih bolnica je, uglavnom, pet dana u nedelji (87,9%). Dve dnevne bolnice rade { est dana, ~etiri rade svih sedam dana u nedelji, a dve rade jedan dan, odnosno dva dana u nedelji (ginekolo{ ka u KBC „Zvezdara“ urologija u KBC „Zemun“). Ve}ina dnevnih bolnica (84,5%) radi u jednoj, prepodnevnoj, smeni.

Tretman pacijenta u dnevnoj bolnici obi~no traje od jedan do dva sata, re|e od ~etiri do sedam sati. Pacijenti se na dijagnostiku i le~ewe u dnevnu bolnicu naj-e{ }e upu}uju iz specijalisti~ke konsultativne ordinacije, a ne{ to re|e sa bolni~kog odeljenja kao nastavak bolni~kog le~ewa, ili iz prijemne ambulante. U polovini dnevnih bolnica prijem se zakazuje, sa ~ekawem od dva do 60 dana. U { est dnevnih bolnica (8,5% od onih koje zakazuju prijem) ~eka se vi{ e od 15 dana na prijem, ali se u ve}ini ~eka do sedam dana.

Istorija bolesti je osnovni medicinski dokument koji se vodi u dnevnim bolnicama, iako je dnevna bolnica deo poliklini~ke slu`be bolnice. To uzrokuje neadekvatno izve{tavawe i prikazivawe rada dnevne bolnice. Ukoliko je za le~ewe pacijenta potrebno vi{ e dolazaka, svaki put se otvara nova istorija bolesti, { to dovodi do prikazivawa ve}eg broja le~enih lica od realnog ({ to je naro~ito izra`eno u dnevnim bolnicama za hemoterapiju), ili je istorija bolesti otvorena do posledweg dolaska pacijenta, { to mo`e dovesti do ve}eg broja prikazanih dana le~ewa od realnog.

Najve}i razlozi za upu}ivawe na le~ewe u dnevnu bolnicu se razlikuju u zavisnosti od vrste dnevne bolnice. U psihijatrijskim dnevnim bolnicama naj-e{ }e se le~e oboleli od: neuroza, grani~nih stawa, psihoza, depresije, alkoholizma, politoksikacije, narkomani na lakim drogama, razvojni poreme}aji kod dece, rana de~ja psihoza, autizam, poreme}aji kod retardirane dece i sli~no. U ginekolo{kim dnevnim bolnicama najvi{ e je zastupcen prekid ne`eene trudno}e, a obavqaju se i biopsije vulve, vagine, grli}a materice, otklawawe papiloma, polipa, serkla`, mawe konizacije, aplikacija i

ekstrakcija spirale, termokauterizacija kondiloma i drugo.

U hirur{ke dnevne bolnice se upu}uju pacijenti za mawe hirur{ke intervencije: odstrawewe mawih benignih tumora, operacije uraslih noktiju, va|ewe stranih tela, repozicije ramena, lakta i sli~no, odnosno radi le~ewa hidrokela, frenuluma, fimoze, pacijenti sa nefrolitiazom. U ovim bolnicama rade se i: transureteralne resekcije razbijawe kamena, endoskopije i drugo.

U internistike dnevne bolnice upu}uju se pacijenti oboleli od hroni~ne opstruktivne bolesti plu}a, astme, hipertenzije, tahikardije, anginoznog bola, neurolo{kih oboqewa, tranzitornog ishemi~nog ataka, sa vertiginoznim tegobama, pacijenti koji odbijaju hospitalizaciju i dr.

U dnevnim bolnicama za fizikalnu medicinu i rehabilitaciju vr{ i se tretman pacijenata obolelih od: skolioza, drugih ko{tanih deformiteta, poreme}aja govora dece, poreme}aja govora odraslih posle {loga, autizma, mucawa, poreme}aja psihomotornog razvoja.

Diskusija

Dnevne bolnice predstavqaju relativno novi vid le~ewa, koji je od strane ministarstava zdravqa i fondova za zdravstveno osigurawe prepoznat kao model za racionalnije i efikasnije tro{ewe sredstava namewenih zdravstvu. Prema dostupnoj literaturi, dijagnostika i tretman u dnevnoj bolnici imaju zadovoljavaju}i ishod, a tro{kovi su mawi od hospitalizacije pacijenta. Podaci iz Italije, gde su istra`ivani prednosti i nedostaci 3.000 operacija izvr{enih u dnevnoj bolnici izme|u januara 1990. i decembra 2000. godine, pokazali su da je mortalitet bio 0%, neposredne postoperativne komplikacije 1,8%, postoperativne sekvele (godinu dana posle operacije) 0,5%, kao i visok stepen satisfakcije pacijenata godinu dana posle tretmana, 89%⁵. Rezultati prospektivne studije sprovedene u Jork{iru, sa ciqem da

se uporede efikasnost i sigurnost pacijenata koji operiraju u kataraktu u dnevnoj bolnici, sa lokalnom anestezijom i u bolni~kim uslovima (provode jednu noć u bolnici postoperativno), pokazali su da je dnevna hirurška bolnica bezbedna i znatno koštnija.⁶ Prose~ni troškovi po pacijentu u bolni~koj grupi bili su 365,99 funti, a u ambulatnoj grupi 221,62 funte. Nije ustanovljena razlika između ove dve grupe u perioperativnim komplikacijama, kao ni u stavu vida (tri od šest dana posle operacije i deset nedelja do šest meseci posle operacije) i satisfakciji pacijenata.

Mor i saradnici nisu ustanovili signifikantnu razliku u odnosu na psihosocijalni ili medicinski ishod tretmana između pacijenata koji su hemioterapiju primali u bolni~kim uslovima i pacijenata koji su identičnu terapiju primali u dnevnoj bolnici, ali je cena le~ewa bila tri puta niža u dnevnoj bolnici⁷. Meta-analiza rezultata 12 studija je pokazala da je tretman u dnevnom gerijatrijskim bolnicama podjednako efikasan, kao i druge forme sveobuhvatne gerijatrijske nege⁸. Pacijenti su imali niži u stopu funkcionalnog pogoršanja, mawe su koristili bolni~ke kapacitete i u znatno nižem procentu zahtevali dugotrajnu institucionalnu negu.

S druge strane, ovaj vid le~ewa ima i drugih prednosti u odnosu na bolni~ko le~ewe. Tretman u dnevnoj bolnici skrađuje dužinu bolni~kog le~ewa, ~ime se smanjuje rizik za pacijenta od intrahospitalnih infekcija. Takođe se smanjuju listekawa na bolni~ko le~ewe. Pacijent boravi više vremena u svom domu, sa porodicom i prijateljima, ~ime se izbegava trauma zbog hospitalizacije i omoguđava humaniji pristup u le~ewu, što je posebno značajno kod le~ewa dece. Pacijenti smatraju da u dnevnoj bolnici dobijaju više pažnje osobno, jer nema „teških slu~ajeva“ koji okupiraju zdravstvene radnike, a nema ni odlagawa operacija zbog prijema hitnih slu~ajeva.

Jedan od strateških ciljeva u zdravstvenom sistemu na~e zemlje jeste plansko razvijawe i organizaciono-tehni~ko ja~awe po-

liklini~ke slu~be, ukqu~uju}i razvoj dnevnih bolnica i kapaciteta jednodnevne hirurgije⁹. Međutim, još uvek nema definisanih indikacija za le~ewe u dnevnoj bolnici, nisu regulisani uslovi u pogledu prostora i opreme, medicinska dokumentacija je neadekvatna, kao i finansirawe rada dnevnih bolnica. U svetu se insistira na akreditaciji dnevnih bolnica, definisawu korpe usluga, razvoju i primeni vodiča dobre prakse, istrađivawa zadovoljstva pacijenata, što je kod nas još uvek nedovoljno razvijeno i prepušteno samim bolnicama. Zbog toga postoje velike varijacije u korišćenju pojedinih dnevnih bolnica, vrsti procedura koje se sprovode, opremi, prostoru.

U radu dnevnih bolnica izuzetno je važna adekvatna selekcija pacijenata. Moraju biti ispuweni i medicinski i socijalni razlozi da bi pacijent bio lečen kroz dnevnu bolnicu, a sigurnost i bezbednost pacijenata imaju najveći prioritet. Važna je i dobra edukacija pacijenta i wegove porodice o le~ewu u dnevnoj bolnici, kao i o ponudawu po otpustu kući. Međutim, ima pacijenata koji više vole hospitalizaciju, nego seriju dolazaka u dnevnu bolnicu. Takođe je primećeno da lekari više vole bolni~ki tretman u trajawu od nekoliko dana nego jednodnevnu hospitalizaciju¹⁰. I ako su, globalno, troškovi vanbolni~og le~ewa niži u odnosu na bolni~ko le~ewe, pacijent koji nije hospitalizovan može zahtevati intenzivnije vanbolni~ke resurse, pa čak i imati i veće troškove nego da je lečen u bolnici. Prilikom izbora pacijenata za le~ewe kroz dnevnu bolnicu moraju se uzeti u obzir troškovi pacijenta i wegove porodice, odnosno socijalni uslovi pacijenta. Sve to otežawa funkcionalisawe dnevne bolnice.

Broj i vrste procedura koje se rade kroz dnevnu bolnicu stalno se povećavaju. Tako je u SAD-u, 1985. godine, 35% svih operacija izvršeno kroz dnevnu bolnicu, a u 2000. godini između 72-85%. U Australiji se 50,5% svih operacija urade kao dnevna hirurgija, sa razlikama po medicinskim disciplinama¹. U Velikoj Britaniji se procenjuje da bi se još

oko 120 000 pacijenata godi { we moglo le~i-ti u dnevni m bolnicama i da ostane slobodnih kapaciteta.¹⁰ Danas se smatra da se svi psihijatrijski poreme}aji mogu le~iti u dnevnoj bolnici. Vi { e od polovine hemoterapijskih protokola mogu}e je primeniti u ovim institucijama, { to je od izuzetne va`nosti jer su maligna oboqewa me|u vode}im uzrocima obolewawa i smrtnosti, uprkos sofisticiranim metodama le~ewa. Me|utim, varijacije izme|u dr`ava, pa ~ak i izme|u bolnica u jednoj dr`avi, u obimu rada dnevnih bolnica veoma su velike. Tako se u bolnicama u Engleskoj procenat operisanih od ingvinalne hernije kroz dnevnu bolnicu kre}e od 0 do 80%.¹⁰

Zakqu~ak

Godi { we se u Beogradu u dnevni m bolnicama le~i preko 60 000 pacijenata i ostvari oko 270.000 dolazaka (dana le~ewa). Bolnice samoinicijativno razvijaju dnevne bolnice kao vid le~ewa sa zna~ajni m prednostima u odnosu na hospitalizaciju i pored brojni h problema i insuficijentne zakonske regulative u ovoj oblasti kod nas. Nisu definisani standardi za prostor, opremu, medicinsku dokumentaciju, „korpu usluga“ koje se pru`aju u dnevnoj bolnici, a i finansirawe je neadekvatno.

U skladu sa svetskim trendovima i demografskim promenama u Beogradu, treba otvarati gerijatrijske dnevne bolnice i { iriti obim rad postoje}ih hirur{kih bolnica, da funkcioni { u kao jednodnevna hirurgija. Potrebno je pro{ iriti indikaciono podru~je za prijem i tretman u dnevnoj bolnici, u zavisnosti od vrste dnevne bolnice.

Postoje}e dnevne bolnice je neophodno boqe opremiti, obezbediti namenski prostor (a ne da se koriste i kao bolesni~ke sobe, { to se sada radi), kao i stalni kadar.

U interesu sveobuhvatnog sagledawawa rada dnevnih bolnica potrebno je kreirati adekvatnu medicinsku dokumentaciju koja bi se odnosila na rad dnevnih bolnica i u isto vreme poslu`ila kao osnova za finansirawe dnevnih bolnica. Pored toga, adekvatna dokumentacija bi bila i podloga za sagledawawe kapaciteta, obima i sadr`aja rada, morbiditeta registrovanog u dnevnoj bolnici. Neophodno je da medicinska dokumentacija bude prilago}ena specifi~nosti namene dnevnih bolnica.

Treba razvijati poziti van odnos kod upravnika struktura u zdravstvu, kao i kod pacijenata o zna~aju { irewa mre`e dnevnih bolnica. Tako}e je potrebno informisati gra}ane o mogu}nostima koje pru`aju dnevne bolnice za le~ewe i rehabilitaciju.

Literatura

1. Lindsay R. A History of Day Surgery in Australia. Australian Academy of Medicine and Surgery. Available on: www.aams.org.au.
2. Samarxi } R., Mandi }-Gaji } G., Ala-ov T., Bosi } B.: Uloga dnevne bolnice u psihosocijalnoj rehabilitaciji bolesnika sa ratni m psihotraumama. Vojnosani tetski pregled (~asopis lekara i farmaceuta Vojske Jugoslavije), 1998, 55(4):385-390.
3. Richardson JL, Martis G, Levine A. The influence of symptoms of disease and side effects of treatment on compliance with cancer therapy. J Clin Oncol 1988; 6:1746-1752.
4. Audit Commission. All in a Days Work, An Audit od Day Surgery in England and Wales. 1992. Available on: www.audit-commission.gov.uk.
5. Carditello A, Mule V, Milone A, et al. One-day surgery: results of 3.000 surgical procedures (abstract). G Chir. 2001; 22 (8-9): 269-279.
6. SP Percival, SS Setty. Prospective audit comparing ambulatory day surgery woth inpatient surgery for treating cataracts. Quality in Health Care 1992, vol. 1, 38-42.
7. Mor V, Stalker MZ, Gralla R, et al. Day hospital as an alternative to inpatient care for cancer patients: a random assigned trial. Clin Epidemiol 1988; 41:771-85.
8. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, Adams J, Jurbenstein LZ. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials Lancet 1993; 342:1032-1036.
9. Ministarstvo zdravqa Replike Srbije. Boqe zdravqe za sve u tre}em milenijumu. Beograd, 2003.
10. Audit Commission. Day Surgery Follow up: Progress Against Indicators from Short Cut to better services. 1998. Available on: www.audit-commission.gov.uk.

Stru-ni i nau-ni radovi

Kvalitet rada u op{tim bolnicama Branicevskog i Podunavskog okruga

S. Petrovi},¹ V. @ivanovi}²

The Quality of Work in General Hospitals in the Districts of Branicevo and Podunavlje

S. Petrovic, M.D., D.P.H.; V. Zivanovic, M.D, D.P.H.

Sa`etak. Kvalitet zdravstvene za{tite je slo`en pokazatelj funkcionalisawa zdravstvene slub`e koji se sastoji iz brojnih komponenti. U osnovi se nalazi ishod, a sem toga mo`e da se sagledava i strukturalni i procesni aspekt. Razmatrawe kvaliteta rada mo`e biti usmereno na primarni, sekundarni i tercijarni nivo.

Ciq rada jeste prikaz pojedinih pokazatelja kvaliteta rada (bolni~ki letalitet, stopa letalitet a od infarkta miokarda, cerebrovaskularnog insulta, zadovoljstvo pacijenata) u op{tim bolnicama Branicevskog i Podunavskog okruga.

Metod rada je vezan za prezentaciju statisti~kih podataka sadr`anih u tabelam propisanih za izve{tavanje definisanih pokazatelja kao i za istra`ivawe satisfakcije pacijenata zdravstvenim uslugama.

U rezultatima rada prikazujemo komparativno indikatore kvaliteta procesa i ishoda rada u stacionarnim ustanovama oba okruga. Stopa letalitet a od cerebrovaskularnog insulta (29,5) je u svim bolnicama ve}a u odnosu na stopu infarkta miokarda (12,5). Zadovoljstvo korisnika pru`e

Summary. The quality of health protection is a complex indicator of the health system functioning which consists of various components. Final outcome is the most important, but we can also look into structural and procedural aspects. The evaluation of the quality of work can be concentrated on the primary, secondary and tertiary levels.

The aim of this paper is to present certain indicators of the quality of work (case fatality, lethality rates for myocardial infarction and cerebrovascular insult, patient satisfaction) in general hospitals in the districts of Branicevo and Podunavlje.

The method involves representation of statistical data included in the tables outlined for the results of pre-defined indicators as well as for the evaluation results of patient satisfaction with health services.

We give a comparative analysis of service quality indicators and the final outcome indicators in the in-patient institutions in both districts. Cerebrovascular insult lethality rate (29,5) is higher than myocardial infarction lethality rate (12,5) in all the institutions. Patient satisfaction with services provided ranges from

* Rad izlo`en na „Nau-no-stru-noj konferenciji socijalne medicine Srbije“, Smederevska Palanka, oktobar 2007.

¹ Dr Suzana Petrovi}, Zavod za javno zdravqe Po`arevac.

¹ Dr Vesna @ivanovi}, specijalista socijalne medicine, Zavod za javno zdravqe Po`arevac.

nim uslugama kre}e se od 88,5% do 95,0%, { t o zavisi od bolnice i grane medicine u kojoj je ovaj indikat or posmat ran.

Pra}ewe procesa kvali t e t a u zdravst vu name}e neophodnost sagledavawa pomenut ih pokazat e}a kako u vremenskoj seriji t ako i u organizacionim celinama na razli -i - t i m t e r i t o r i j a m a .

88,5% to 95% depending on the hospital and the medicine branch involved in the survey.

When monitoring the service quality on the health system it is necessary to take into consideration the above mentioned indicators both in a time sequence and in organizational units in different territories as well.

Uvod

V ekovna te`wa medicinske profesije jeste da obezbedi najbo}u mogu}u negu. U tom pogledu su istra`iva~ke i prakti~ke aktivnosti usmerene na procenu, merewe i poboc}awe kvaliteta zdravstvene za{ tite.

Kvalitet u zdravstvenom sistemu mo`e se sagledati na nivou institucije, davaoca i korisnika zdravstvenih usluga, ali i drugih atributa zdravstvene za{ tite poput dostupnosti, jednakosti, prihvat}ivosti itd. Proces rada u zdravstvenim ustanovama se ina~e sagledava kroz prikaz indikatora kvaliteta rada (bolni~ki letalitet za odre}ena obo}ewa, smrtnost od pojedinih invazivnih dijagnosti~kih procedura ili hirur}kih intervencija, zadovoljstvo pacijenata...), obima rada, odnosno, kori}ewakapaciteta bolnica (stopa hospitalizacije, broj dana hospitalizacije, prose~na du`ina bolni~og le~ewa, zauzetost bolni~kih poste}a, propusna mo} poste}a, broj i spisanih pacijenata po lekaru i medicinskoj sestri) i tro}kova rada bolnica (prose~ni godi}wi tro}kovi po bolni~koj epizodi, prose~ni godi}wi tro}kovi po bolesni~kom danu, udeo tro}kova za ambulatno-poliklini~ko le~ewe u ukupnim tro}kovima bolnice) (Kova~evi} L., 1991).

Ci} rada

Ci} na{eg rada jeste da kroz pojedine pokazate}e kvaliteta rada prika`emo funkcioni sawe op{tih bolnica u Brani~evskom i Podunavskom okrugu u 2006. godini.

Met od rada

Kori}eni su podaci iz I zve}taja o pokazate}ima kvaliteta rada bolnica, kao i rezultati istra`ivawa o zadovoljstvu korisnika pru`enim uslugama sekundarne zdravstvene za{ tite koje je sprovedeno u 2006. godini u op{tim bolnicama Brani~evskog okruga (Po`arevac i Petrovac) i Podunavskog okruga (Smederevo i Smederevska Palanaka).

U statisti~koj obradi je kori}en paket SPSS programa.

Rezult at i rada

Brani~evski okrug pokriva teritoriju na kojoj `ivi 200 503 stanovnika, pri ~emu jedna ~etvrtina ove populacije koristi stacionarne usluge petrova~ke bolnice, a skoro celokupna populacija koristi usluge bolnice u Po`arevcu, koja je, ina~e, okru`nog tipa.

Podunavski okrug pokriva teritoriju sa 210 290 stanovnika, a od toga polovina (100 481) gravitira bolnici u Smederevskoj Palanci. Op{ta bolnica u Smederevu ima okru`ni zna~aj.

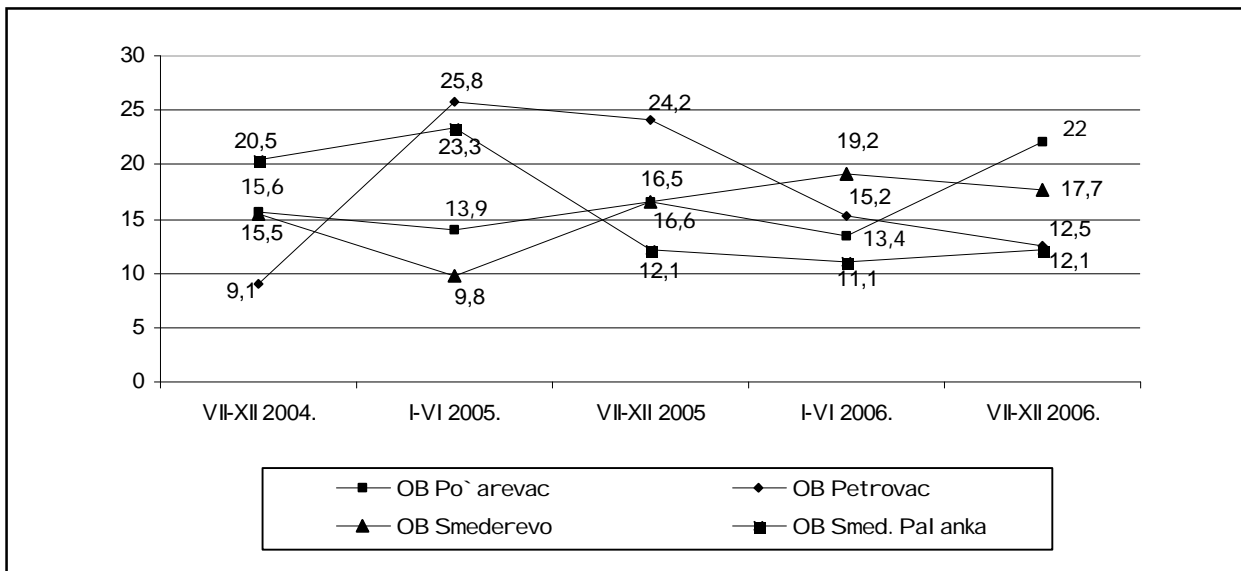
Ove bolnice na navedenim teritorijama zbriwavaju na sekundarnom nivou stanovni}tvo koje predstav}a udeo od 7,59% od ukupnog broja stanovni}tva centralne Srbije (Saop{tewe, 2007).

Na **tabeli 1** prikazujemo indikatore obima rada stacionarnih ustanova Brani~evskog i Podunavskog okruga u 2006. godini.

Kao jedan od indikatora kvaliteta rada prikazujemo specifi~ne stope letaliteta od

Tabela 1. Indikatori obima rada, odnosno kori { }ewa, bolnica u 2006. godini

Zdravstvena ustanova	Prose-na du` i na le-ewa	Broj sestara po posteqi	Prose-an broj preoperativnih dana le-ewa	Broj operacija u op{ toj anesteziji po lekaru godi { we	Broj i spisanih pacijenata po lekaru	Broj i spisanih pacijenata po med. sestri	Propusna mo} posteqa	Zauzetost bolni -kih posteqa
OB Po`arevac	8,50	0,50	2,36	74,15	204	55	30,4	65,7
OB Petrovac	7,40	0,50	1,03	52,00	250	51	30,8	62,4
Brani -evski okrug	8,30	0,50	2,13	71,47	211	54	30,4	65,0
OB Smederevo	8,69	0,56	1,89	50,82	160	50	28,8	61,5
OB Smederevska Palanka	10,60	0,40	1,17	54,27	141	41	22,3	62,6
Podunavski okrug	9,40	0,50	1,53	52,13	151	48	25,8	62,0



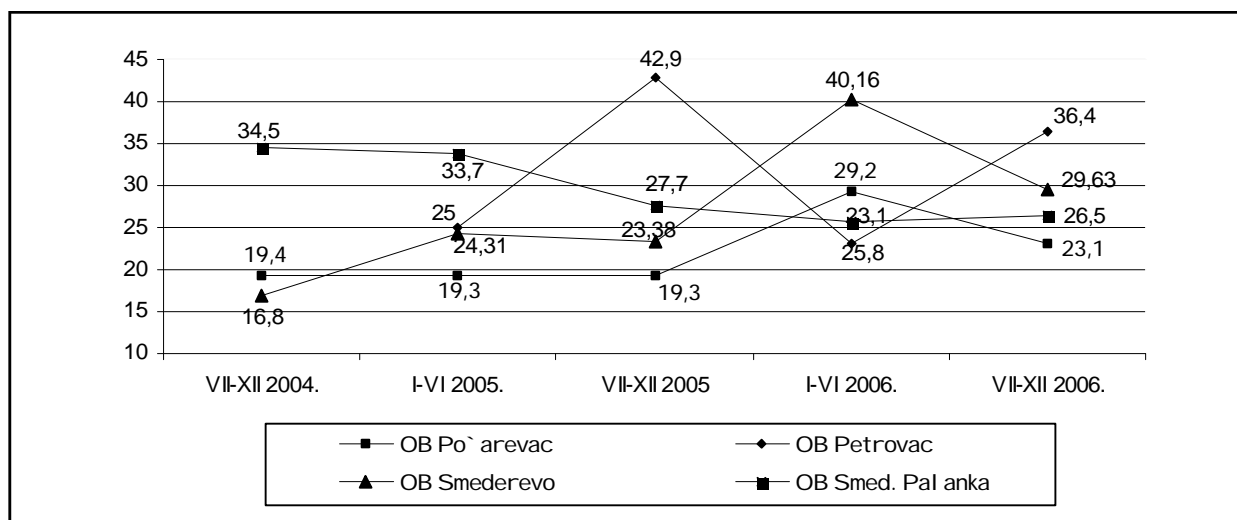
Grafikon 1. Specifi -na stopa letaliteti od infarkta miokarda.

infarkta miokarda i cerebrovaskularnog insulta, { to se vidi u **grafikonu 1**.

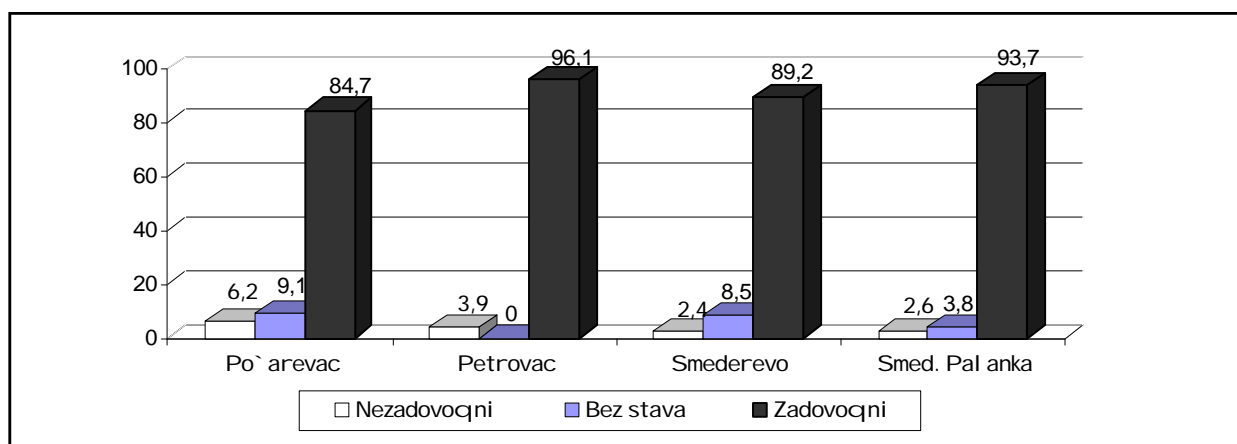
Stopa smrtnosti od infarkta predstavlja krajnji ishod ove grupe oboqewa, { to je delom i vidljivo iz **grafikona 2**. u okviru koga se uo~avaju zna~ajnije varijacije, pogotovu za pacijente le~ene u bolnicama lokalnog tipa (Petrovac, Smederevska Palanka).

Stopa smrtnosti zbog CVI, koji je, ina~e, sve ~e{ }a pojava, tako|e nam pokazuje odredene varijacije, ali bez razlike u odnosu na tip bolnice, i uglavnom ima trend rasta, sem u bolnici u Smederevskoj Palanci.

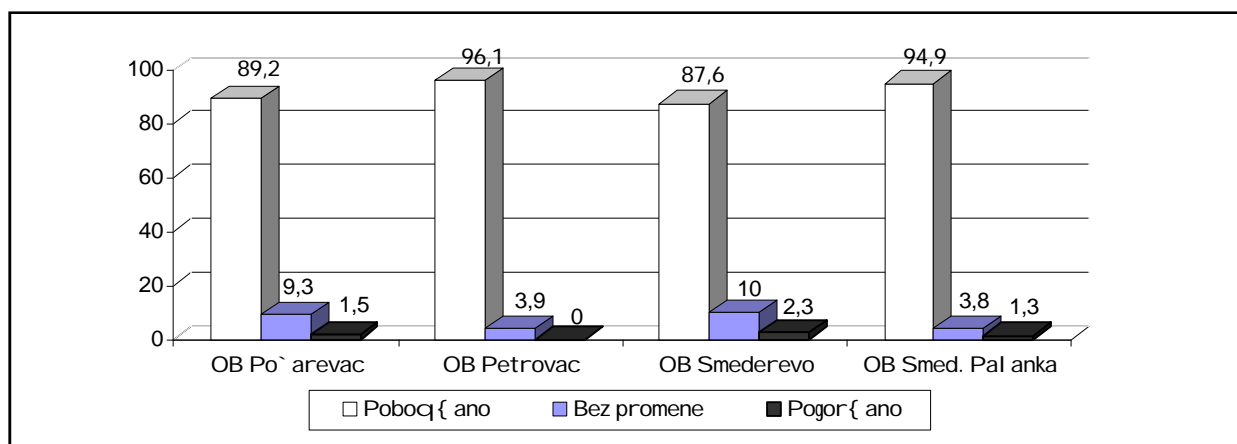
Koncept zadovoljstva korisnika pru`enim zdravstvenim uslugama tako|e predstavlja jedan od novijih aspekata sagledavanja pomo}u



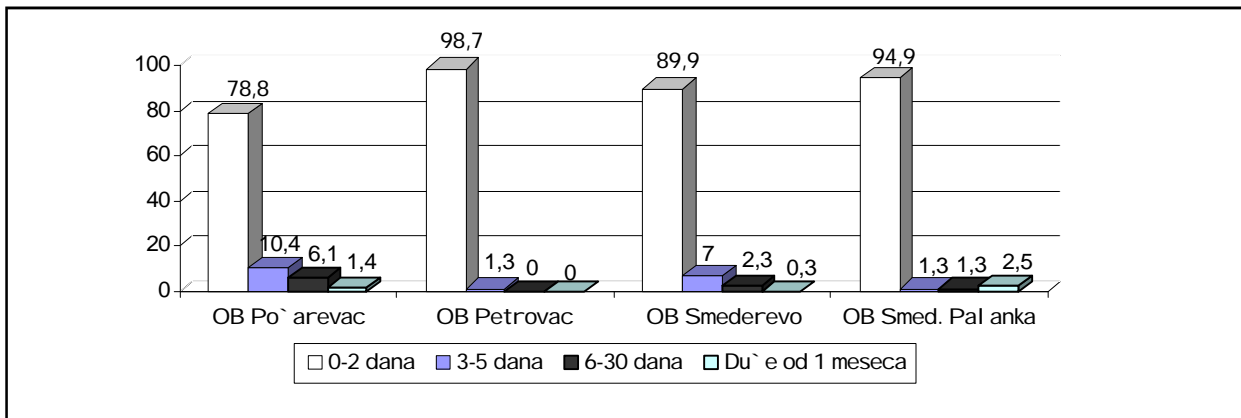
Grafikon 2. Specifična stopa letalnosti od cerebrovaskularnog insulti.



Grafikon 3. Zadovoljstvo korisnika zdravstvenim uslugama u općtim bolnicama.



Grafikon 4. Stav pacijenata nakon završenog bolničkog lečenja.



Grafikon 5. Du`ina -ekawa za prijem u bolnici.

koga se fokusiraju stavovi pacijenata, { to zdravstvenom sistemu, kao i u-esnicima u wemu, pru`a informacije o jednom delu prevashodno vezanom za subjektivnu procenu i do`ivqaj korisnika i pojedine objektivne pokazateqe. Na **grafikonima 3, 4. i 5.**, dajemo prikaz ovih aspekata iskazanih kroz stavove pacijenata, tj. korisnika usluga.

Diskusija

I ako je koncept kvaliteta rada u zdravstvu vezan za posledve dve decenije dvadesetog veka (Stamatovi } M. et. all, 1995, Jakovqevi } \. et. all, 1997.), intenzivnije pra}ewe razli-iti h aspekata pru`awa zdravstvene za{tite inicirano je zapo-etom reformom sistema zdravstvene za{tite kod nas u toku posledwih nekoliko godina (Jela-a P., Simi } S., 2001.). Upravo zbog toga je i svrha ovog rada da prikazivawem konkretnih ~iwenica uka`emo na svu dinami-nost ovog procesa vezanog za sekundarni nivo zdravstvene za{tite na teritoriji Brani-evskog i Podunavskog okruga. Ujedno komparirawem podataka pravimo i {iri kontekst za budu}a sagledavawa ove problematike, {to predstavqa neminovnost pra}ewa jednog savremenog zdravstvenog sistema koji zahteva prilago}avawe, s jedne strane, korisnicima, a sa druge, i socijalnoj realnosti (kadrovski resursi, finansirawe, tehnolo{ka podr{ka...) (Simi } S., 2000.).

U analizirawu prose-ine du`ine bolni-~kog le-ewa mo`e se uo~iti da je vrednost ovog indikatora najve}a u bolnici u Smederevskoj Palanci (10,6 dana), a najni`a u petrova-koj bolnici (7,4 dana), {to je, svakako, uticalo na ve}u du`inu bolni-~kog le-ewa u Podunavskom okrugu u odnosu na Brani-evski. Podaci u vezi sa prose-nom du`inom le-ewa ina-e zna-ajnije ne odudaraju od utvr|ene prose-ine du`ine le-ewa pre deset godina (\oki } D. et. all, 1977.). U svim posmatranim bolnicama broj sestara po posteqi je pribli`an i kre}e se oko 0,5 po bolni-~koj posteqi, tj. jedna sestra obskrbcuje dve posteqe. Prose-an broj preoperativnih dana le-ewa je oko dva u Brani-evskom okrugu, a oko jedan i po dan u Podunavskom.

Sagledavaju}i specifi-~nu stopu letalitetu od infarkta miokarda, uo}ava se da su ove stope na po-~etku posmatranog perioda u mawim bolnicama imale ve}u vrednost (oko 25), da bi na kraju 2006. godine ta stopa bila smawena na polovinu (12). Ovakav pad mo`e se donekle obrazlo`iti poboq{awem kvaliteta rada u samoj bolnici, ali i pojavom da se te`i slu-ajevi infarkta {aqu u okru`ne bolnice ili daqe, {to sa druge strane dovodi do pove}awa ove stope letalitetu u tim bolnicama, {to se upravo i mo`e zapaziti u na{em grafikonu. Stopa letalitetu od cerebrovaskularnog insulta pokazuje znatno ve}e vrednosti nego stopa le-

taliteta od infarkta miokarda. Najviše se od ovog oboljavanja umiralo pre dve godine u palanačkoj bolnici (34,5), međutim, u zadnjem posmatranom periodu došlo je do smanjenja ove stope na oko 26 umrlih.

I stopa letaliteta od infarkta miokarda, kao i stopa smrtnosti zbog cerebrovaskularnog insulta, zbog toga nam ukazuju na sve one momente koje su „propustili“ prevashodno korisnici (pacijenti), a nakon toga i zdravstvena služba, s obzirom na to da ova oboljavanja mogu biti u najvećem broju slučajeva prevenirana odgovarajućim intervencijama.

Sagledavajući aspekt zadovoljstva korisnika pruženim zdravstvenim uslugama u opštim bolnicama može se konstatovati da je dosta njih zadovoljno, skoro preko 90%, a da je nezadovoljstvo iskazano u veoma malom procentu. Uzimajući u obzir opremljenost naših bolnica, kao i usluge pod kojima one funkcionišu, zatim stepen obrazovanja korisnika, koji u pojedinih bolnicama iznosi čak preko 60% sa osnovnom i nezavršenom osnovnom školom, sa izvesnom rezervom može prihvatiti njihove stavove ($X=15,371$; $df=12$, $p>0,05$). Razlog za to nalazi se u svesti vezanoj za stepen obeliskavanja pacijenata kao i za percepciju zdravstvenih potreba koje treba da budu zadovoljene od strane zdravstvene službe.

Stavovi ispitanika je nakon završene hospitalizacije u najvećem broju slučajeva

u mawim bolnicama bilo pobožano (preko 90,0%), dok je u okruženim stacionarima taj procenat neznatno maw (87,6). Vreme čekanja na prijem u bolnice maweg kapaciteta je dosta kratak, tako da korisnici u najvećem broju u roku od dva dana bivaju hospitalizovani. U palanačkoj i smederevskoj bolnici takođe priličan broj pacijenata dosta brzo uspeva da dođe do sekundarnog nivoa zdravstvene zaštite, dok svaki deseti u Počrevcu čeka od tri do pet dana.

Zaključak

U našem radu prikazujemo indikatore obima rada, odnosno korišćenja, bolnica na teritoriji Braničevskog i Podunavskog okruga, specifične stope letaliteta od infarkta miokarda i cerebrovaskularnog insulta, kao i pokazatelje vezane za zadovoljstvo pacijenata pruženim uslugama.

Prikazivavem ovih podataka ukazujemo na svudnamičnost procesa rada vezanog za sekundarni nivo zdravstvene zaštite na pomenutim teritorijama. Sem toga kompariravem podataka pravimo i uiri kontekst za buduća sagledavawa ove problematike, što predstavqa neminovnost praćewa jednog savremenog zdravstvenog sistema koji zahteva prilagovawe, sa jedne strane, korisnicima, a sa druge strane, i socijalnoj realnosti.

Literatura

1. Donebedian A.: Definition of quality and approaches to its assesmetn, Exploration in Quality Assement and monitoring, 1980, Vol 1, Ann Arbor.
2. Jakovčevi } \., Gruji } V., Mi } ovi } P., \oki } D.: Reforme u oblasti zdravstvene zaštite, I nstitut za za{ tita zdravqa Srbije, Beograd, 1977, 120-157.
3. Jela-a P., Simi } S.: Reforma zdravstvene slu`be, u kwizi Osnove za reformu sistema zdravstvene zaštite u Republici Srbiji; Simi } S. i dr.; Centar za prou-avawe alternatiwa; Samizdat B 92; Beograd 2001; 191-218.
4. Kova-evi } L.: Monitoring i evaluacija zdravstvene slu`be; u kwizi: Menaxment u zdravstvu (ur. Rami } H.), Stomatolo{ki fakul tet Univerzitet u Beogradu, Beograd 1991; 63-66.
5. Saop{tewe, Statistika stanovni{tva, Republi-ki zavod za statistiku, Republika Srbija; 214, LVII, 28. 8. 2007.
6. Simi } S.: Bolni-ka za{tita - organizacija i funkcionisawe savremene bolnice. U kwizi Socijalna medicina (ur. Cuci } V.); Savremena administracija, Beograd 2000; 213-228.
7. Stamatovi } M., Jakovčevi } \., Martinov-Cvejin M.: Kvalitet zdravstvene zaštite. U kwizi Zdravstvena za{tita; Zavod za uxbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1995, 178-187.
8. \oki } D., Jakovčevi } \., Mi } ovi } P., Gruji } V.: Razvoj zdravstvene zaštite u Srbiji (1986-1996); I nstitut za za{tita zdravqa Srbije, Beograd, 1997; 37-41.

Stru-ni i nau-ni radovi

I nstituti/zavodi za javno zdravqe Srbije u promenama

Q. Crn~evi }-Radovi },¹ V. Krst i }²

Institute of Public Health of Serbia in Transition

Crncevic-Radovic, Lj., M.D., D.P.H.; Krstic, V., M.D., D.P.H.

Sa` et ak. Razvoj javnozdravst vene slu` be ili slu` be narodnog zdravqa u svet u i kod nas zapo~iwe sredinom devet naest og veka. Vode}a inst it ucija ovog segment a zdravst venog sist ema jest e zavod za javno zdravqe.

Ci q rada jest e analiza najzna-ajnije promene u organizaciji i funkci onisawu inst it ut a/zavoda za javno zdravqe (I /ZJZ) u Srbiji, u okviru promena zdravst venog sist ema u Republici posledwih godina.

U radu je na{ ao primenu analit i~ko-deskript ivni met od. Rezult at i su dobijeni analizom va`eje zakonske regulat ive i pra}ewem rada I /ZJZ u Republici posledwih deset ak godina.

Javno zdravqe (narodno zdravqe) u Srbiji t renut no unapre|uju 24 I /ZJZ (po planu Mre` e 1, realno ~et iri mawe nego 1998. go-dine). Ove zdrast vene ust anove obavqaju zdravst venu delat nost na vi{ e nivoa. Zdravst vena legislat iva pot enci ra wi hovu prevent ivnu i zdravst veno-promot ivnu delat nost . St rukt urno se razlikuje pet na~ina unut ra{ we organizacije I /ZJZ. Broj i naro~it o st rukt ura zdravst venih radnika i saradnika u ovim inst it ucijama ugl avnom ne zadovoqavaju propisane st andarde (st andarde zadovoqava 12,5% I /ZJZ). Cent ar za promociju zdravqa, kao osnovu javnozdravst vne i prevent ivne delat nost i u svo-

Summary. The development of public health service in the world and in our country began in the middle of the 19th century. The leading institution of this segment of health system is institute of public health (IPH).

The aim of this paper is to analyse the most important changes in the organization and functioning of the IPH in Serbia, within the changes of the health system in the Republic during the last few years.

Analytical and descriptive methods have been used in this paper. The results were obtained by following the work of IPH in the Republic during the last ten years.

24 IPH are currently working on improvement of public health in Serbia (which is for 1 i.e. 4 institutes fewer than in 1998). These health institutions work on a few levels. Health legislative points out their prevention and health promotion work. Regarding the structure, there are five different ways of inner organization of IPH. The number and the structure in particular of employees and associates in these institutions mostly don't satisfy the prescribed standards (12,5% of IPH satisfy the standards). All institutes do not have a centre for health promotion which is the basic unit of public health and prevention. The amount of work done by institutes for the Republic In-

* Rad izlo` en na „Nau-no-stru-noj konf erenciji socijalne medic ine Srbije“, Smederevska Palanka, oktobar 2007..

¹ Dr Qi qana Crn~evi }-Radovi }, I nstit ut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi } Batut“, Beograd.

² Dr Vesna Krsti }, Dom zdravqa „Dr Sava Stanojevi }“, Trstenik.

joj organizaciji nemaju svi I/ZJZ. Iz godine u godinu se smanjuje broj poslova koje I/ZJZ rade za potrebu Republičkog zavoda za zdravstveno osigurawe. U I/ZJZ je postupak pražewa kontrole kvaliteta uveden međuposljednim zdravstvenim ustanovama, 2007. godine. Ostvarivawe naknade za rad I/ZJZ praženo je brojnim problemima. Radi se na donošenju Zakona i Statuta o javnom zdravstvu, kao mehanizma za unapređenje I/ZJZ.

I pored značajnih poteškoća u funkcionisanju I/ZJZ ostali su najvažnije institucije u procesu osnivanja i unapređenja zdravstva zajednice u nas.

Key words: institut/zavod za javno zdravstvo, Srbija, promene.

Uvod

Hičadama godina kasnije od organizovawea institucija za zadovoljavawe zdravstvenih potreba pojedina, ustanova za lečenje i bolnica, sredinom devetnaestog veka, kako u svetu, tako i kod nas, započewo razvoj zdravstvene službe narodnog zdravstva (javnozdravstvene službe), kao „nauke i veštine prevenirawea bolesti, prolongirawea i vata i promocije zdravstva, kroz organizovane napore zajednice“.¹ U Engleskoj se od 1834. godine obrazuju „komisije za siromahe“,² a u Srbiji se, u skladu sa Zemačkim ustavom iz 1838. godine, u okviru Ministarstva unutrašnjih poslova, otvaraju „odešewa karantinska sa sanitetom“.³

Vodeće institucije ovog dela zdravstvenog sistema kod nas su higijenski zavodi (prvi pravilnik o osnivanju Centralnog higijenskog zavoda donet je 1924. godine, a sam Zavod, današnji Institut za javno zdravstvo Srbije „Dr Milan Jovanović Batut“, poewo je da radom 1926. godine). Od tada započewo otvarawe higijenskih zavoda po celoj zemci. Ovi zavodi su Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj službi NR Srbije iz 1961. godine⁴ preimenovani u zavode za zdravstvenu zaštitu. Od 1992. godine zavodi funkcionišu kao zavodi za zaštitu

for Health Insurance has been decreasing every year. The quality control procedure was introduced in 2007, in these institutions whereas the other health institutions had done it earlier. There are many problems accompanying obtaining of fees for the work of institutes. Some work is being done regarding the passing of the law on public health.

Even though there are some difficulties in their functioning, the IPH remain the most important institutions in the process of protection and improvement of the health of community.

Key words: institutes of Public Health, Serbia, transition.

zdravstva⁵, a od 2006. godine, važećim Zakonom o zdravstvenoj zaštiti iz 2005. godine⁶, pod nazivom zavodi za javno zdravstvo.

Čin rada jeste da se analiziraju i najvažnije promene u organizaciji i funkcionisanju instituta/zavoda za javno zdravstvo (I/ZJZ) u Srbiji, u okviru ukupnih promena u zdravstvenom sistemu u Republici u poslednjih deset godina, sagledaju wihova dostignuća i organizovewa.

Metod rada: U radu je nađo primenu analitičko-deskriptivni metod. Rezultati su dobijeni analizom važećih zakonskih i podzakonskih akata i kontinuiranim pražewem organizacije i rada I/ZJZ u Republici.

Rezultati i diskusija: Zakon o zdravstvenoj zaštiti iz 2005. godine po prvi put zakonski naznačuje tako neophodnu, a još uvek nedefinisani neostvarenu, podelu rada između zdravstvenih ustanova. Po ovom Zakonu, I/ZJZ su jedna od devet postojećih vrsta zdravstvenih ustanova i ustanova koja obavqa delatnost na višim nivoa.

Pored „tradicionalnih“ funkcija I/ZJZ: pražewa i analize zdravstvenog stawa stanovništva, pražewa i proučewawa zdravstvenih problema i rizika po zdravstvo, predlagawa elemenata zdravstvene politike, planova i programa sa merama i aktivnostima, pre svega, za osnivanje i unapređenje zdravstva, u stra-

te{ kim dokumentima, po~ev{ i od 2003. godine, potenciraju se i slede}e aktivnosti I /ZJZ: zdravstveno-promotivna delatnost, pra}ewe efikasnosti, dostupnosti i kvaliteta zdravstvene za{tite, planirawe razvoja stru-nog usavr{avawa zdravstvenih radnika i zdravstvenih saradnika, podsticawe razvoja integrisanog zdravstvenog informacionog sistema, primewana istra`iva-ka delatnost u oblasti javnog zdravca i razvoj partnerstva u dru{tvenoj zajednici na identifikaciji i re{avawu zdravstvenih problema.⁶

U Srbiji od 1998. godine postoje 24 instituta/zavoda za javno zdravce, koji su naj~e}e osnovani za teritoriju vi{e op{tina, jednog ili dva okruga, a re|e za teritoriju grada, pokrajine ili Republike. Za razliku od devedesetih godina pro{log veka, kada je za nekoliko godina osnovan ve}i broj instituta/zavoda za javno zdravce (u Kikindi, Boru, Prizrenu, Pe}i, Kosovskoj Mitrovici, Vaqevu), pre svega zbog geopoliti~kih promena od 1998. godine, evidentno je smawewe „mre`e“ instituta/zavoda za javno zdravce, tako da trenutno rade ~etiri instituta/zavoda za javno zdravce mawe nego pomenute godine. Me|utim, ovo smawewe broja instituta/zavoda za javno zdravce, zbog smawewa ukupnog broja stanovnika u Srbiji, nije dovelo do zna~ajnije promene u veli~ini gravitiraju}e populacije. Jedan institut/zavod za javno zdravce obavca u okviru socijalno-medicinske, higijensko-ekolo{ke, epidemiolo{ke i mikrobiolo{ke zdravstvene delatnosti, operative, organizacione, stru-no-metodolo{ke i nau~no-istra`iva--ke poslove za oko 326 000 stanovnika.⁶

Bez obzira na identi~nu strukturu poslova i poku{aje da se standardizuju i druga najva`nija obele`ja instituta/zavoda za javno zdravce, u odnosu na raspolo`ive resurse (kadar, opremu, prostor), wihowu unutra{wu organizaciju, na~in finansirawa, obim i dinamiku poslova, efektivnost, zapau se velike me|usobne razlike.

U odnosu na na~in unutra{weg organizawawa, razlikuje se pet organizacionih oblika instituta/zavoda za javno zdravce.

Standard koji propisuju Pravilnik o uslovima i na~inu unutra{we organizacije zdravstvenih ustanova⁷ i Pravilnik o bli{im uslovima za obavqawe zdravstvene delatnosti⁸ nedosti`an je za gotovo 80% instituta/zavoda za javno zdravce u Srbiji. Propisano je da se u institutima/zavodima za javno zdravce za obavqawe stru-nih poslova obrazuje {est centara, i to:

1. centar za promociju zdravca,
2. centar za analizu, planirawe i organizaciju zdravstvene za{tite,
3. centar za informatiku i biostatistiku u zdravstvu,
4. centar za kontrolu i prevenciju bolesti,
5. centar za higijenu i humanu ekologiju,
6. centar za mikrobiologiju

sa 28 zaposlenih na 100 000 stanovnika podru~ja za koje je institut/zavod za javno zdravce osnovan.

Sve propisane standarde zadovoljavaju svega tri (12,5%) instituta/zavoda za javno zdravce.

Ve}i broj specijalizovanih centara od propisanog, a time i boqu kadrovsku i svaku drugu obezbe|enost, boqu strukturu i ve}i obim, pogotovu vanstandardnih, visokospecijalizovanih poslova, aktivnosti, usluga, karakteristika je dva (8,3%) instituta/zavoda za javno zdravce.

Polovina postoje}ih instituta/zavoda za javno zdravce kao jedinu mogućnost zadovolqewa zakonskih organizacionih minimuma na{la je u „spajawu srodnih“ centara i to naj~e}e iz domena socijalno-medicinske delatnosti, centra za analizu, planirawe i organizaciju zdravstvene za{tite i centra za informatiku i biostatistiku u zdravstvu. Time se samo potvrdila i ponovila organizacija koja je postojala do dono{ewa najnovijih zakonskih propisa, i nije se sustinski ni{ta promenilo. To ukazuje na lo{iju svaku vrstu obezbe|enosti instituta/zavoda za javno zdravce od propisane, ve}e radno optere}ewe zaposlenih, oskudniju specijalizovanost u radu (pokaza}e se i dali i ni`i kvalitet pru`enih zdravstvenih

usluga), te`e odr`ivu organizaciju rada, ali i na to da je ovakva unutra{ wa organizacija realni, `ivotni, standard instituta/zavoda za javno zdravcqe u Republici.

^etvrtina instituta/zavoda za javno zdravcqe bila je primorana da zadr`i jo{ „stariju“ unutra{ wu organizaciju, koja u institutima/zavodima za javno zdravcqe postoji decenijama, tj, da ukupnu socijalno-medicinsku delatnost obavqa jedan ve}i centar.

Jedan zavod za javno zdravcqe nije u mogu}nosti ni da razli~ite delatnosti obavqa preko posebnih organizacionih jedinica, {to ukazuje da se i u jednoj „do haosa neur|enoj organizaciji“ mo`e funkcionisati, ali, uistinu, sa te{ko izdr`ivim radnim anga`ovawem postoje}eg kadra i evidentnim lo{ijim finansijskim efektima.

Centar za promociju zdravqa, kao osnovu javnozdravstvene i preventivne delatnosti i novi zna~ajni kvalitet svoje ukupne delatnosti, ima 17 (70,8%) instituta/zavoda za javno zdravcqe.

Nedostatak adekvatnog kadra (broja i nar~ito strukture) glavni je razlog neispuwawawa propisanih standarda u unutra{woj organizaciji. To ukazuje ili na neadekvatnost propisanih standarda i wihov raskorak sa stvarno{ }u ili na „zaostajawe u razvoju“ ve}ina instituta/zavoda za javno zdravcqe (pitamo se {ta je mawe zlo?!), odnosno istovremeno postojawe dva ova razloga.

Pored ~iwenice da globalno instituti/zavodi za javno zdravcqe upo{qavaju dva puta vi{e admistrativno-tehni~kih radnika od propisanog broja i nedostatka adekvatno edukovanih zdravstvenih radnika, stalni problem je da ni broj ni struktura zdravstvenih saradnika, nar~ito visoke {kolske spreme, ne zadovoljavaju.

Kontinuirana edukacija kadra se ote`ano realizuje i nije svim zaposlenima podjednako dostupna. Svake godine se edukuje oko 20%, uglavnom istih zdravstvenih radnika i saradnika, pa je nedostatak specijalizovanog i uskospecijalizovanog kadra veliki svakodnevni problem.

I pored toga {to se „u teoriji“ insistira da osnovna delatnost instituta/zavoda za javno zdravcqe, odnosno unapre|ewe i promocija zdravqa, suzbijawe rizika po zdravcqe i spre~awawe a ne le~ewe bolesti, budu strate{ki prioritet zdravstvene za{tite uop{te, „u praksi“ I/ZJZ nisu prioritet zdravstvenog sistema i zdravstvene slu`be.

Na jednog lekara u I/ZJZ dolazi 14 147 stanovnika, u I/ZJZ je zaposleno 2,7% ukupnog broja lekara i blizu tri odsto ukupnih qudskih resursa dr`avnih zdravstvenih ustanova Republike. Pored nesrazmerno malih sredstava iz buxeta Republike, za poslove I/ZJZ iz obaveznog zdravstvenog osigurawa se ne izdvaja vi{e od jedan odsto ukupnih izdvajawa za zdravstvenu delatnost.

Posledwih godina mewa se i struktura korisnika usluga I/ZJZ. Evidentno je smanwewe broja poslova koje I/ZJZ obavqaju za instituciju obaveznog zdravstvenog osigurawa. „Obavezni“ poslovi za Republi~ki zavod za zdravstveno osigurawe – Beograd (RZZO) odnose se na pra}ewe rada zdravstvenih ustanova i aktivnosti u skladu sa aktuelnim legislativom iz domena zdravstvene statistike, informatike i epidemiologije zaraznih bolesti i za usluge klini~ke mikrobiologije. Ne postoje odgovaraju}i, adekvatni i jasno definisani kriterijumi i merila za zakqu~ivawe ugovora korisnika, posebno RZZO sa I/ZJZ kao davaocima zdravstvenih usluga i za utvr|ivawe naknade za wihov rad.

U ciqu obezbe|ewa „osnovnih javnozdravstvenih usluga i funkcija putem razli~itih vladinih mehancama uz jednovremeno po{tovawe prava pojednaca“⁹, pove}ava se broj „poslova od op{teg interesa“, za potrebe Ministarstva zdravqa Republike Srbije.

Evidentan je prelazak na „buxetsko“ finansirawe (preko projekata, poslova). Udeo usluga za tr`i{te, prema „tre}im licima“, u ukupnom obimu posla iz godine u godinu se pove}ava.

Koordinacija drugih zdravstvenih ustanova, saradwa sa ustanovama na teritoriji za koju je I/ZJZ osnovan, nadle`nim organima

lokalne samouprave, SZO-om, UNI CEF-om, Evropskom agencijom za rekonstrukciju, brojnim nevladinim organizacijama i udru`ewima, posledwih godina se ubrzano {iri i pobocq{ava. U situaciji kada i ova saradwa nije u potpunosti ure|ena, postoji opasnost preuzimawa poslova I /ZJZ od strane drugih ustanova, udru`ewa, organizacija i umawewa vrednosti i zna~aja I /ZJZ.

Nau~noistra`iva~ka delatnost I /ZJZ je nedovoqna do te mere da u ve}ini wih i ne postoji.

Aktivnosti na kontroli kvaliteta zdravstvene za{tite u Srbiji zapo~ele su 2003. godine. I pored toga {to su I /ZJZ glavni koordinatori ovog velikog i zahtevnog posla, {to prate i evaluiraju kontrolu kvaliteta u svim zdravstvenim ustanovama, sa kontrolom kvaliteta u I /ZJZ zapo~elo se me|u posledwim zdravstvenim ustanovama, 2007. godine, kada je i objavljen Pravilnik o pra}ewu kvaliteta zdravstvene za{tite¹⁰.

Po ovom Pravilniku I /ZJZ prate 20 obaveznih i 10 preporu~enih pokazateqa kvaliteta. Za po~etak ove zna~ajne aktivnosti u „hramovima preventivne i zdravstveno promotivne delatnosti“, kao wegovi obavezni pokazateqi prepoznati su broj organizovanih edukacija po centru kao osnovnoj organizacionoj jedinici stru~nih aktivnosti, broj odr`anih skupova i doga|aja u lokalnoj zajednici po kalendaru zdravqa, broj evaluiranih planova rada i izvr{ewa planova rada zdravstvenih ustanova po lekaru specijalisti, broj razvijenih i a`uriranih baza podataka, postojawe a`urirane internet prezentacije ustanove, dostupnost analiza zdravstvenog stawa stanovni{tva na internet prezentaciji ustanove, broj meseci sprovo|ewa epidemiolo{kog kvaliteta rada na internet prezentaciji ustanove, broj meseci provo|ewa epidemiolo{kog nadzora nad bolni~kim infekcijama pra}ewem incidencije, broj odeqewa na kojima je izvr{en epidemiolo{ki nadzor nad bolni~kim infekcijama putem prevalencije, procenat broja vakcinanih punktova na kojima je sprovedena revizija vakcinalnih kartoteka,

procenat kori{ewa izvora podataka prema postoje}em stru~no-metodolo{kom uputstvu o na~inima vo|ewa registra za rak, broj analiziranih uzoraka primarno sterilnih te~nosti i regija na mikrobiologiji po lekaru specijalisti, broj ura|enih serolo{kih analiza na mikrobiologiji po lekaru specijalisti, broj analiziranih uzoraka ostalih bolesni~kih materijala na mikrobiologiji po lekaru specijalisti, procenat mikrobiolo{kih analiza sa primenom interne kontrole kvaliteta, procenat mernih mesta za pra}ewe parametara aerozaga|ewa urbane sredine, procenat fizi~kohemijskih, mikrobiolo{kih i biolo{kih analiza uzoraka vode za pi}e sa primenom interne kontrole kvaliteta, broj stru~nih mi{qewa na analizirane uzorke u centru za higijenu i humanu ekologiju po lekaru specijalisti, prose~an broj analiziranih parametara po uzorku i postojawe a`uriranog plana reagowawa u vanrednim situacijama u pisanoj formi.

Od 2005. godine se u okviru aktivnosti pra}ewa kvaliteta pru`ene zdravstvene za{tite ispituje i zadovolqstvo davalaca zdravstvenih usluga. Ova vrsta ispitivawa zadovolqstva po prvi put se sprovodi ove godine i u I /ZJZ.

Du`e vreme se govori o pripremi Zakona o javnom zdravcu i Strategije javnog zdravqa, kao neophodni dokument za pobocq{awe funkcioni sawa i ja~awe uloge I /ZJZ.

Zakqu~ak i predlog mera: Ovovremenska doga|awa sveop{te tranzicije zahvatila su i I /ZJZ. Evidentni su raskoraci izme|u legislative i stvarnosti, pa su tako za I /ZJZ propisani standardi kadra uglavnom nedosti`ni, a opreme i prostora u najve}em delu odavno prevazi|eni. Korekcija, odnosno, dono{ewe novih standarda, je neophodnost.

Nepostojawem Centra za promociju zdravqa u svim I /ZJZ, `eqeni i o~ekivani pomak u reformi ukupne, a pre svega preventivne i promotivne, zdravstvene za{tite sve je te`e dosti}i. Preventivni centri organizovani u, za sada, pojedini m, a u budu}nosti u svim domovima zdravqa, „preuzima-

ju“ deo poslova Centra za promociju zdravca I /ZJZ. Otuda je neophodno obezbediti i jačati centre za promociju zdravca u svim I /ZJZ.

Adekvatna i kontinuirana edukacija zdravstvenih radnika i pogotovu zdravstvenih saradnika u I /ZJZ još uvek nije zahtevala. To je glavni razlog postojanja različitih neujednaženosti, bilo dokazanih u organizaciji i funkcionsawu, bilo razlika koje se tek u budućnosti pokazati između pojedinih I /ZJZ u Republici. Sve ostale promene na boće uslovene su obezbeđenem adekvatne edukacije na adekvatan način.

Neophodno je što pre doneti Zakon i Strategiju o javnom zdravcu.

Teško se oslobađamo lošeg nasleđa iz prošlosti, pa nam predstoji dug put ostvarivawa prioriteta zdravstvene zaštite putem promocije zdravca, sprečavawa i suzbijawa rizika po zdravce i bolesti, jačawa samoodgovornosti za sopstveno zdravce, kao i ulagawe u I /ZJZ i druge zdravstvene ustanovae sa ovom delatnošću, kao zdravstvene ustanove svih prioriteta.

Na kraju nam se nametnuo jedan od zaključaka da je sveopšte funkcionsawe instituta/zavoda za javno zdravce u stvari značajan pokazateć i spravnog ulagawa zajednice u zdravce naroda.

Literatura

1. WHO. New challenge for public health. Geneva: WHO; 1996.
2. Cucić V., Simić S., Bjegović V., @ivković M., Doknić-Stefanović D., Vuković D. i ost.: Socijalna medicina, ućbenik za studente medicine. Beograd, Savremena administracija a. d.; 2000.
3. Dovićanić P.: Organizacija zdravstvenih delatnosti i zdravstvenih ustanova. Beograd, Agora, 1995.
4. Zakon o zdravstvenoj zaštiti i zdravstvenoj službi NR Srbije („Službeni glasnik NR Srbije“ br. 22/1961).
5. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik RS“ br. 17/1992).
6. Zakon o zdravstvenoj zaštiti („Službeni glasnik RS“ br. 107/2005).
7. Pravilnik o uslovima i načinu unutrašwe organizacije zdravstvenih ustanova („Službeni glasnik RS“ br. 43/2006).
8. Pravilnik o blićim uslovima za obavćawe zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima obavćawa zdravstvene službe („Službeni glasnik RS“ br. 43/2006).
9. Ministarstvo zdravca Republike Srbije. Nacrt Zakona o javnom zdravcu, 2007.
10. Pravilnik o praćewu kvaliteta zdravstvene zaštite („Službeni glasnik RS“ br. 57/2007).

Stru-ni i nau-ni radovi

Menaxment promenama u sistemu zdravstvene za{tite

V. Tomi }¹

Management of the Changes in the Health System

Tomic, V., Ph.D.

Sa`etak. Kolaboracija, saradwa i timski rad preduslovi su za razvoj i uspe{an rad organizacije. Ciq saradwe u zdravstvenim organizacijama jest e da se konflikt i efikasno re{avaju, da se unapredi psiholo{ka klima i razvija timski rad. To je na~in da zdravstvena organizacija radi efikasno i da budu zadovoljni i pacijenti, gra|ani i zaposleni.

Kqu-ne re~i: kolaboracija, razvoj organizacije, tim, promene u organizaciji.

Summary. Collaboration, co-operation and team building are prerequisites for a development of the organisation. The aims of co-operation in a health organisation are: solving conflicts, promotion of the psychological climate and team building. That is the way for the health organisation to be efficient and for the patients and staff to be satisfied.

Key words: collaboration, development of the organisation, team building, changes in the organisation.

Uvod

Istorija dela qudske aktivnosti koji nazivamo menaxment, mo`e se sa jedne strane smatrati kratkom, a sa druge strane veoma dugom, gotovo isto toliko dugom kao {to je i istorija civilizacije.

Aktuelna nau~na teorija i praksa razvijane su gotovo jedan vek u svetu, a specijalizovani timovi stru~naka i nau~nika na{li su se na istom zadatku razvijawa i nadgradwe ve{tina organizovawa, planirawa, kontrolisawa i rukovo|ewa qudima u razli~itim oblicima organizacija. Razvijene su teorijske koncepcije i metodolo{ki postupci kojima su sve uspe{nije re{avani problemi u domenu funkcionisawa organizacija.

Razvoju prakse i teorije menaxmenta doprinose razli~ite nau~ne discipline: matematika, in`ewerstvo, psihologija, sociologija i antropologija.

Upravqawe zdravstvenom organizacijom

Inerpersonalna saradwa, razvijawe dobre psiholo{ke klime i timski rad neophodni su za razvoj zdravstvene organizacije i realizacije wenihiqewa.

Pojam organizacije podrazumeva:

1. Funkcionalnu grupu ili instituciju;
2. Organizaciju unutar te institucije radi postizawa ciqewa organizacije.

* Rad izlo`en na „Nau~no-stru~noj konferenciji socijalne medicine Srbije“, Smederevska Palanka, oktobar 2007.

¹ Dr sc. Vesna Tomi }, dipl. soc., Institut za javno zdravqe Srbije „Dr Milan Jovanovi } Batut“, Beograd.

Zdravstvena ustanova kao bitan deo sistema zdravstvene zaštite ima sledeće karakteristike. U voj rade ljudi – specijalizovani kadrovi, oni rade za čude da ostanu što je moguće duže zdravi, rade sa bolesnim ljudima da bi oni bili izlečeni, a rade zajedno sa drugim sektorima, institucijama i zajednicom radi ostvarivanja svog krajnjeg cilja: poboljšanje i unapređenje zdravstvenog stanovanja stanovništva.

Jedan od kontinuiranih obaveza menaxmenta organizacije jeste da prati promene u organizaciji i njenom razvoju. Upoznavawe rada, funkcionalnawa i doprinosaw organizacije u realizaciji njenih ciljeva glavni je korak u pokušaju promena organizacije.

Poruka: „*Ako hoće da upozna organizaciju, probaj da je promeni.*“ (K. Levin)

Razvoj organizacije

Razvoj je neminovnost koja podrazumeva promene. To je dugoročan, trajan i kompleksan proces koji je cilj boće funkcionalnawe zdravstvenog sistema, radi postizawawegovih ciljeva i satisfakcije svih njenih članova: kako zaposlenih tako i korisnika zdravstvenih usluga.

Mada razvoj sistema i organizacije jeste obuhvata tehnološke i strukturalne promene, njegov glavni cilj jeste da dovede do promena kod ljudi, odnosno promena u prirodi i kvalitetu njihovih radnih odnosa.

Razvoj organizacije podrazumeva organizovan, dugotajan napor svih nivoa menaxmenta da se poboljša proces rada i rešavanje problema u organizaciji, organizuje proces promena, putem efektivne i kolaborativne dijagnoze i menaxmenta kulture organizacije. To se može sprovesti timskim radom i integriranim kulturom koji bazu imaju primena nauka o ponašanju (psihologija).

Promene u organizaciji

Postoje dve grupe faktora promena:

- a) Faktori iz spoljašnjeg okruženja – direktno u vezi sa zadovoljstvom zahteva i potreba stanovništva za zdravstvenom zaštitom;
- b) Faktori iz internog okruženja – u vezi sa optimizacijom njene organizacione strukture i zadovoljstvom potreba njenih radnika.

Svake promene nužno imaju za posledicu i neprijatne, teške situacije koje su kao takve nužno stresne za svakog pojedinca koji je u njih uključeno.

Metode koje se koriste u procesu promena su:

1. Proces rešavanja problema,
2. Proces obnove organizacije,
3. Participacija zaposlenih – kolaborativni menaxment,
4. Psihološka klima organizacije,
5. Akciono istraživanje.

Glavni cilj rukovođenawaw promenama u zdravstvenoj organizaciji jeste da se izvrše sve one promene koje se dovedu do poboljšanja rada organizacije u interesu i građana (pacijenata) i zaposlenih.

Pristupi promenama

Efikasni pristupi promenama u organizaciji su:

1. Organizacioni razvoj – usavršavanje organizacije u kontinuitetu,
2. Organizaciona transformacija – radikalne promene u organizaciji,
3. Reorganizacija,
4. Reinženjering – radikalne promene sa potpuno novim ustrojstvom i ukidanjem hijerarhije po funkcijama.

Kada govorimo o vrstama promena u zdravstvenoj organizaciji, mogu se izdvojiti sledeće vrste promena:

- Promene u strukturi organizacije – izrada novog plana i nacrtaw organizacije i promene u strukturi radnih operacija,

- Promene u tehnologiji - nova oprema i istra`ivawa,
- Promene u ~udima - naglasak je na promenama u ve{tinama i stavovima ~udi, putem edukacije (povremene ili kontinuirane) i direktnim psiholo{kim delovanem { to je izuzetno te`ak, odgovoran i posao sa gotovo nemogu}om predikcijom efekata izazvanih promenama.

Otpori promenama

Postoje razli~iti izvori otpora na promene:

1. Neizvesnost o uzrocima efekata promene,
2. Nemawe motiva da se odustane od postoje}ih koristi,
3. Svest o slabosti u predlo`enoj promeni.

Otpor promenama je uvek neminovnost u uvo|ewu i sprovo|ewu promena. On mo`e da bude: otvoren ili zatvoren, formalan ili neformalan, racionalan ili iracionalan.

Savladavawe otpora promenama

Bez obzira na stepen profesionalnog obrazovawa, strukturu li~nosti, prethodno iskustvo, stepen inteligencije, svaki otpor na promene signal je menaxerima da ne{to u predlo`enim promenama ili u wihovoj prezentaciji nije u redu. Stoga je mogu}e

izdvojiti nekoliko razli~itih na~ina da se uspe{no savladaju otpori na promene:

1. Edukacija i komunikacija
2. Participacija zaposlenih
3. Pomo} i podr{ka
4. Pregovarawe i sporazum
5. Manipulacija i koptirawe
6. Pritisци i prinude.

Koja }e od ovih tehnika interpersonalnih komunikacija biti primewena zavisi od okolnosti u kojima se promene predla`u. Postoji odre|en visok stepen verovatno}e da ako se ~udima predo~e percepcija zajedni~kog ci~a, poverewe u interpersonalnoj komunikaciji, vi{ici~evi i zajedni~ko preuzimawe rizika, sprovo|ewe promena }e biti efikasnije.

Zakqu~ak

Ni{ta nije ve~no osim promene
(Heraklit).

Svet mrzi promene, iako su samo one donele progres.

(C. Kettering)

Previ{e se brzo mewamo da bismo se upoznali.

(V. Gotovac)

Poruka:

Nemojte poku{avati da mewate svet, izmenite sebe i promeni}ete ceo svet

(Slavenski)

Literatura

1. W. French, C. Bell: Organization Development PHI, Englewood Cliffs, 1984. USA.
2. S. ^izmi} i saradnici: Psihologija i menaxment, Filozofski fakultet, Institut za psihologiju, Beograd, 1995.
3. P. Mi}ovi}: Menaxment zdravstvenog sistema, ECPD, Beograd, 2000.

Stru-ni i nau-ni radovi

Uporedna analiza primjene spoqnih fiksatora kod otvorenih preloma potkoqenice

N. Gavri},¹ S. Nedi }²

Contrastive Analysis of Using External Fixation in Open Fracture of Shinbone in Doboj's Hospital

Gavric, N., M.D. B chir., Nedic, S., M.D.

Sa`et ak. Spoqna fiksacija je dokazan met od lije~ewa preloma dugih kost iju, a posebno mjest o zauzima u lije~ewu ot vorenih preloma kost iju, gdje pokazuje izvanredne rezult at e u odnosu na druge met ode lije~ewa preloma.

Ci q rada jest e da se ut vrde prednost i jedne vrst e fiks t ora u odnosu na druge kod lije~ewa ot vorenih preloma pot koqenice.

Povrije|eni sa ot vorenim prelomom pot koqenice su primarno hi rur{ ki obra|eni, pot om je ura|ena repozi cija ul omaka kost i i post avqen je spoqni fiksator.

Uradili smo analizu t rideset povrije|enih sa ot vorenim prelomom pot koqenice gdje je primjewe Mit kovi }ev spoqni fiksator, i drugih t rideset povrije|enih gdje je primjewe fiksator t ip I nt st rument arija. Analizirali smo prednost i jednog u odnosu na drugi fiksator i do{ li smo klini ~kim iskust vom do zakq~ka da su prednost i primjene Mit kovi }evog fiksatora ispred fiksatora t ipa I nt st rument arija.

Na osnovu rezult at a analize na{ eg hi rur{ kog rada u primjeni Mit kovi }evog i I nt st rument arija spoqneg fiksatora, da Mit kovi }ev fiksator ima izra`ene prednost i u odnosu na I nt st rument arija spoqni fiksator i na{ e klini ~ko iskust vo ide u prilog primjene Mit kovi }evog spoqneg fiksatora.

Kqu-ne re~i: ot voreni prelom pot koqenice, spoqni fiksator.

Summary. External fixation is an approved way of treating long bone fractures, especially the open ones; it showed the best results when compared to the other ways of treating fractures.

The purpose of this work is to establish the advantages of using different types of fixation in treating open fracture of shinbone.

The injured with the open fracture of the shinbone were surgically treated first, then the broken bones were united by reducing the fracture. After reduction, movement of the broken bone was prevented by fixation.

Our analysis included sixty injured people with the open fracture of the shinbone, half of which were treated with Mitkovic's external fixation, whereas the other thirty injured were treated with fixation called Instrumentaria.

Having finished the analysis, we came to conclusion that the former i.e. Mitkovic's external fixation was better than the latter.

Our clinical experience, based on the analysis, gives advantage to Mitkovic's external fixation.

Key words: open fracture of shinbone, external fixation.

¹ Dr Nikola Gavri}, Op{ ta bolnica „Sveti apostol Luka, Doboj, Slu`ba za ortopediju i traumatologiju.

² Dr Slavko Nedi }, Op{ ta bolnica „Sveti apostol Luka, Doboj, Slu`ba za ortopediju i traumatologiju.

Uvod

Spocna fiksacija je dobra metoda za lijeve preloma kosti a sa posebnim zna-ajem kod otvorenih preloma.

I ma veoma izra`ene prednosti koje je predstavio Sisk 1983. godine: obezbje|uje rigidnu fiksaciju, kompresiju, neutralizaciju, distrakciju i repoziciju ulomaka kosti, omogu}ava stalan uvid i wegu rane, dopunske rekonstruktivne zahvate (na kostima i mekotivnim strukturama), dozvoqava pokrete u susjednim zglbovima.^{1,2,3}

Ali ima i nedostatke: infekciju mekih tkiva i osteitis oko klinova, metoda zahtijeva dodatno znawe i iskustvo, aparati su glomazni i skupi su.²

Da bi primjena spocnih fiksatora dala najbolje rezultate moraju se po{tovati utvr|ene indikacije, koje mogu biti prave i relativne.⁶

Ciq rada je analiza rezultata primjene razli-`itih tipova spocnih fiksatora da bi se utvrdila prednost u primjeni jednih u odnosu na druge.

Mat erijal i metode

I zvr{ena je analiza primjene spocnih fiksator kod otvorenih preloma potkoqenice izazvanih eksplozivnim i strelnim sredstvima.

U hirur{kom radu su kori{ }eni spocni fiksatori koje smo imali na raspolagawu: tip Mitkovi}, Instrumentarija, AO, VMA spocni fiksator, Ortofiks i tubularni fiksator.

Rane kod otvorenih preloma su obra|ene nakon preoperativne pripreme u operacionoj sali u op{toj anesteziji na standardan na-in, a nakon repozicije postavqan je jedan od fiksatora sa kojim smo raspolagali.

I zdvojili smo trideset povrije|enih gdje smo postavili Mitkovi}ev fiksator i trideset povrije|enih gdje je postavqen fiksator tipa Instrumentarija i analizirali vrijeme aplikacije spocnog fikstora, vri-

jeme zarastawa preloma i u-estalost komplikacija.

Rezultati

I zdvojili smo povrije|ene sa otvorenim prelomom potkoqenice, trideset povrije|enih kojima smo postavili Mitkovi}ev fiksator i trideset kojima smo postavili Instrumentarij fiksator (**tabela 1**).

Tabela 1. Serija pacijenata le-enih metodom spocne fiksacije primenom aparata tip Mitkovi}.

Starost	Broj i spi tani ka	Broj mu{ karaca	Broj `ena
10-20	1 (3,3%)	1 (3,3%)	-
21-30	16 (52,8%)	16 (52,8%)	-
31-40	10 (36,3%)	9 (33,0%)	1 (3,3%)
41-50	2 (6,6%)	2 (6,7%)	-
51-60	1 (3,3%)	1 (3,3%)	-
61-70	-	-	-
Preko 70	-	-	-
Ukupno	30 (100%)	30 (100%)	1 (3,3%)

Posmatrawem odnosa mu{kih i `enskih povrije|enih uo-ava se predomnantnost mu{kih (**tabela 2**).

Tabela 2. Serija pacijenata le-enih metodom spocne fiksacije primenom aparata tipa Instrumentarija.

Starost	Broj i spi tani ka	Broj mu{ karaca	Broj `ena
10-20	2 (6,7%)	2 (6,7%)	-
21-30	15 (50,0%)	14 (46,6%)	1 (3,3%)
31-40	10 (36,3%)	9 (33,0%)	1 (3,3%)
41-50	2 (6,6%)	2 (6,7%)	-
51-60	1 (3,3%)	1 (3,3%)	-
61-70	-	-	-
Preko 70	-	-	-
Ukupno	30 (100%)	28 (93,4%)	2 (6,6%)

Posmatrawem odnosa mu{kih i `enskih povrije|enih uo-ava se predomi nantnost mu{kih (**tabela 3**).

Tabela 3. Prose-na du`ina aplikacije dva tipa spoqneg fiksatora kod otvorenog preloma tibije na serijama od po 30 ispi tani ka.

Tip spoqneg fiksatora	Prose-no trajawe aplikacije u min.
Mi tkovi } (30 aplikacija)	12 (10-18)
I ntstrumentrija (30 aplikacija)	26 (17-39)

Tabela 4. Vrijeme zarastawa preloma tibije kod primene spoqneg fiksatora tipa Mi tkovi } i spoqneg fiksatora tipa I nstrumentarija

Vreme zarastawa preloma tibije	Nazi v pri mewnog spoqneg fiksatora	
	Mi tkovi }	I nstrumentarija
10 nedeqa	1 (3,3%)	-
12 nedeqa	4 (13,3%)	1 (3,3%)
14 nedeqa	15 (50,0%)	12 (40,1%)
16 nedeqa	5 (16,7%)	9 (30,0%)
18 nedeqa	2 (10,0%)	4 (13,3%)
20 nedeqa	2 (6,7%)	3 (10,0%)
Preko 20 ned.	-	1 (3,3%)
Ukupno	30 (100%)	30 (100%)

Tabela 5. Pregl ed pojave pojedini h kompl ikacija kod pri mene spoqneg fiksatora ti pa Mi tkovi } i I nstrumentarija

Vreme kompl ikacija preloma tibije	Mi tkovi }	I nstrumentarija
	Broj kompl ./30 i spi tani ka	Broj kompl ./30 i spi tani ka
I nfekcija oko klinova ili `ica	2 (6,7%)	6 (20,0%)
O{ te}ewe neurovaskul arnih el emenata	-	-
Zahvatawe mi {i }a i tetiva	-	2 (6,6%)
Usporeno zarastawe	-	1 (3,3%)
Ograni -ene funkcije zgl obova	-	1 (3,3%)
Skra}ewe i angul acije	-	3 (10,0%)
Kompl ikacije koje poti -u od tipa fiksatora	-	1 (3,3%)
Ref rakture	-	1 (3,3%)
Ukupno	2 (6,7%)	13 (43,1%)

Vrijeme za postavqawe Mi tkovi }evog fik-satoa je znatno kra}e nego za postavqawe I nstrumentarijnog fiksatora (**tabela 4**).

Vrijeme zarastawa ide u pril og povrije|enih kod kojih je postavqen Mi tkovi }ev fiksator.

Komplikacije su bile vi {e izra `ene kod povrije|enih kod kojih je postavqen fik-sator tipa I nstrumentarija (**tabela 5**).

Diskusija

Otvoreni prelomi dugih kostiju su povrede kosti kod kojih je osnovni uslov za adekvatno lije~ewe postavqawe spoqneg fiksatora, adekvatna i pravovremena obra-da povreda mekotki vni h struktura. Moglo bi se s pravom re}i da je spoqni fiksator osnovno sredstvo za lije~ewe otvorenih preloma dugih kostiju.

Otvoreni prelomi potkoqeni ce, a posebno oni koji su pra}eni destrukcijom ko `e i ostalih mekotki vni h struktura, zna-i otvoreni prelom ^erne tip II i III su vrlo kompl ikoani za lije~ewe.

U na{em radu smo koristili spoqne fiksatore koji su nam bili na raspolagawu: Mi tkovi }ev, I nstrumentarij, AO, VMA, francuski i Ortof iks. Na raspolagawu nam

je bio najveći broj Mitkovi}evih i Instrumentarija spoqnih fiksatora, zbog ~ega smo i napravili uporednu analizu, prednosti i nedostatke prilikom upotrebe istih.

Upoređivali smo sledeće elemente: vrijeme aplikacije spoqneg fiksatora, vrijeme zarastawa preloma i komplikacije.

U na{em operativnom radu Mitkovi}ev fiksator smo postavqali za 10 do 18 minuta, {to je veoma kratko vrijeme imaju}i u vidu tehni~ke karakteristike fiksatora. Instrumentarijin fiksator smo postavqali u vremenu od 17 do 39 minuta zbog slo`enijeg mehanizma monta`e fiksatora.

Zarastawe preloma golewa~e pratili smo radiolo{ki i klini~ki i imali smo zarastawe ve} od 10 nedeqa kod primjene Mitkovi}evog fiksatora, a kod Instrumentarija fiksatora oko 12 nedeqa, a najveći broj povrije|enih je imao zarastawa oko 14 nedeqe u oba slu~aja.

Od komplikacija naj-e{ }a je infekcija u okolini klinova. Pedesetih godina pro{log vijeka u SAD se odustalo od primjene spoqnih fiksatora zbog ove komplikacije, dok se u Evropi nastavilo sa primjenom spoqnih fiksatora, jer ortopedi nisu smatrali da je navedena komplikacija fatalna.²

Infekcija oko klinova je imala u~estalost od 5,1% prema Mitkovi}u, Hofman 16,3%, a kod drugih autora kretala se do 16,3%.^{2,4}

U na{em radu smo imali kod primjene Mitkovi}evog fiksatora dva slu~aja (6,7%) infekcije, a kod primjene fiksatora tip Instrumentarija imali smo {est slu~ajeva (29%). Do infekcije dolazi kada se od izlivenne serozne te~nosti oko klina stvori krusta koja slepquje ko`u za klin. Koli~ina serozne te~nosti zavisi od debqine klina i pokretqivosti mekih tkiva oko klina. Skidawe krusta i ~i{ }ewe ko`e i klina je na~in borbe protiv infekcije.³

Zakqu~ak

Primjena spoqnih fiksatora je odli~an metod lije~ewa otvorenih preloma kosti, obezbje|uje stabilnost reponiranih ulomaka kosti, bez plasirawa osteosintetskog materijala kao stranog tijela u predjelu povrede, gdje se klinovi plasiraju u zdravo tkivo. Istovremeno pru`a dobre mogu}nosti za naknadne rekonstruktivne operativne zahvate na kostima i mekim tkivima, kao i wegu i sanirawe mekotkivnih povreda.

Me|utim, moramo da istaknemo da na{e iskustvo ukazuje da nije isti kvalitet lije~ewa kod primjene svih vrsta spoqnih fiksatora. Uo~ili smo evidentne prednosti kada smo primjenili Mitkovi}ev spoqni fiksator kod povrije|enih sa otvorenim prelomom potkoqenice.

Literatura

1. Mitkovi} M.: Spoqna fiksacija u traumatologiji, Prosveta, Ni{, 1992.
2. Mitkovi} M., Soldatovi} S., Cvetanovi} S.: Komplikacija kod primjene spoqne fiksacije. Acta Med Medinac, 1985; 4:119.
3. Mitkovi} M.: Mogu}nosti spoqne fiksacije u le~ewu komplikovanih preloma lokomotornog aparata. 33 kongres ortopeda Bugarske, Elena, 1987.
4. Grubor P.: Uloga spoqne fiksacije u zbriwawu ratne rane. Glas srpski, Bawa Luka, 1996.
5. Stevanovi} D.: Hirurgija za studente i lekare. Savremena administracija Beograd, 2000.
6. Banovi} D. i saradnici.: Traumatologija ko{tanozlobnog sistema. Zavod za uxbenike i nastavna sredstva, Beograd, 1998.

I z Ministarstva zdravqa Srbije

Na osnovu ~lana 236. stav 3. Zakona o zdravstvenoj za{titi („Slu`beni glasnik RS“, broj 107/05), ministar zdravqa donosi

Pravilnik o bli`im uslovima, na~inu i postupku obavqawa metoda i postupaka tradicionalne medicine*

I. Uvodna odredba

^lan 1.

Ovim pravilnikom propisuju se bli`i uslovi, na~in i postupak obavqawa metoda i postupaka tradicionalne medicine u zdravstvenoj ustanovi, odnosno privatnoj praksi.

II. Metode i postupci tradicionalne medicine

^lan 2.

Tradicionalna medicina u smislu ovog pravilnika obuhvata proverene stru~no neosporne tradicionalne, komplementarne i alternativne metode i postupke dijagnostike, le~ewa i rehabilitacije (u daqem tekstu: tradicionalna medicina), koji blagotvorno uti~u ili koji bi mogli blagotvorno uticati na ~ovekovo zdravqe ili wegovo zdravstveno stawe i koji u skladu sa va`e}om medicinskom doktrinom nisu obuhva}eni zdravstvenim uslugama.

^lan 3.

Metode i postupci tradicionalne medicine mogu se obavqati u zdravstvenoj ustanovi i privatnoj praksi koja je osnovana kao op{ta ili specijalisti~ka ordinacija

doktora medicine, doktora stomatologije, kao poliklinika i kao ambulanta za zdravstvenu negu i za rehabilitaciju.

^lan 4.

Metode i postupci tradicionalne medicine mogu se obavqati kao metode dijagnostike, le~ewa i rehabilitacije.

^lan 5.

Metode dijagnostike i le~ewa tradicionalne medicine su slede}e:

1. Ajurveda;
2. Akupunktura i srodne tehnike;
3. Tradicionalna kineska medicina;
4. Homeopatija;
5. Fitoterapija;
6. Kvantna medicina i srodne tehnike;
7. Hiropaksa i primewena kinziologija;
8. Makrobiotika;
9. Tradicionalna doma}a medicina.

^lan 6.

Metode rehabilitacije tradicionalne medicine su slede}e:

1. Api terapija;
2. Aroma-terapija;
3. ^i Gong ve`be;
4. Duhovna energetska medicina;
5. Energetska terapija, Reiki;
6. Detekcija {tetnih zra~ewa,
7. Joga ve`be;

* I z: „Slu`beni glasnik RS“, 119/2007, Beograd.

8. Porodi~ni raspored;
9. Tan ^i ^uan ve`be.

III. Bli`i uslovi u pogledu kadra

^lan 7.

Zdravstvena ustanova i privatna praksa mogu obavqati metode i postupke tradici onalne medicine, ako pored uslova propisanih Zakonom o zdravstvenoj za{titi (u daqem tekstu: Zakon), za obavqawe odgovaraju}e delatnosti zdravstvene ustanove i privatne prakse u pogledu kadra ima i najma we jednog zdravstvenog radnika koji ima dozvolu za obavqawe metoda i postupaka tradici onalne medicine koju izdaje Ministarstvo zdravqa.

^lan 8.

Zdravstveni radnik koji obavqa metode i postupke tradici onalne medicine (u daqem tekstu: zdravstveni radnik), pored Zakonom propisanih uslova mora:

- 1) da ima zavr{ en fakul tet, odnosno odgovaraju}u { kolu zdravstvene struke i polo` en stru~ni ispit;
- 2) da ima op{ tu zdravstvenu sposobnost;
- 3) da je upisan u imenik nadle` ne komore zdravstvenih radnika;
- 4) da je upisan u registar odgovaraju}eg stru~nog udru`ewa tradici onalne medicine;
- 5) da ima dozvolu za obavqawe metoda i postupaka tradici onalne medicine;
- 6) da mu pravosna` nom sudskom odlukom nije izre~ena krivi~na sankcija – mera bezbednosti zabrane obavqawa zdravstvene delatnosti, odnosno da mu odlukom nadle` nog organa komore nije izre~ena jedna od disciplinskih mera zabrane samostalnog rada, u skladu sa zakonom kojim se ure|uje rad komora zdravstvenih radnika.

IV. Bli`i uslovi u pogledu prostorija

^lan 9.

Zdravstvena ustanova i privatna praksa mogu obavqati metode i postupke tradici onalne medicine, ako imaju odgovaraju}e prostori je za obavqawe zdravstvene delatnosti, a za Tai ^i ^uan i Joga ve`be i prostori ju za ve`be i svla~ioni cu.

^lan 10.

Osniva~ privatne prakse du`an je da u prostorijama privatne prakse, na oglasnoj tabli, pored podataka istaknutih u skladu sa propisom kojim su utvr|eni bli`i uslovi za obavqawe zdravstvene delatnosti u zdravstvenim ustanovama i drugim oblicima zdravstvene slu`be, istakne i slede}e:

- 1) fotokopiju dozvole Ministarstva zdravqa za obavqawe metoda i postupaka tradici onalne medicine,
- 2) spisak zdravstvenih radnika sa kojima je osniva~ zakqu~io ugovor o radu.

V. Bli`i uslovi u pogledu opreme

^lan 11.

Zdravstvena ustanova i privatna praksa mogu obavqati metode i postupke tradici onalne medicine, ako pored odgovaraju}e opreme za obavqawe zdravstvene delatnosti imaju obezbe|en radni sto, tri stolice, le`aj i orman, a u zavisnosti od vrste metode i postupaka tradici onalne medicine i slede}u opremu:

Za metode dijagnostike i le~ewa tradici onalne metode:

1. Akupunktura i srodne tehnike: pokretno svetlo ili lampa, setovi akupunkturnih igala za jednokratnu upotrebu ili individualni kompleti igala i sterilizator, biohazardni kontejner i krevet sa papirnim ~ar{ avima za jednokratnu upotrebu.
 - 1) Aparatura za srodne tehnike, zavisno od vrste metode: aparat za dijagnostiku ta~aka, laser, ~eki} sa iglama moksa, kupice, lancete i sli~no, set za dezinfekciju ko`e, gaza, tupferi i sli~na pokretna kolica za instrumente i materijal.

- 2) Tradicionalna kineska medicina: pred opreme iz ta-ke 1) podta-ka (1) ovog -lana potrebna je i druga oprema u zavisnosti od delatnosti zdravstvenog radnika.
 - 3) Homeopatija: pored opreme iz ta-ke 1) podta-ka (1) ovog -lana potreban je komplet za standardni fizikalni pregled (slu{alice, aparat za pritisak, lampa, pokretna ili ru-na, {patule za pregled grla, perkusioni neurolo{ki -eki}) i druga oprema u zavisnosti od delatnosti zdravstvenog radnika.
 - 4) Fitoterapija: polica za skladi{tewe fitoterapeutskih sirovina i supstanci i osnovna oprema za izradu fitoterapeutskih preparata.
 - 5) Kvantna medicina i srodne tehnike pored opreme za ordinaciju op{te medicine, ima atestiranu i od proivo|a-a sertifikovanu aparaturu iz doma-kvantne medicine.
 - 6) Hiropraksa i primewena kineziologija: pribor za neurolo{ko i ortopedsko testirawe senzitivnosti refleksa i obima pokreta, specijalni krevet za korekciju ki-me, negatoskop za -itawe rendgen snimaka, dodatna oprema zavisno od na-ina rada i kompetencije prakti-ara.
2. Za metode rehabilitacije:
- 1) Apiterapija: oprema kao za metode iz ta-ke 1) podta-ka (4).
 - 2) Aroma terapija: pored opreme iz ta-ke 1) podta-ka (4) ovog -lana potreban je krevet za masa`u i lokalnu aplikaciju mirisa i polica za sme{taj kompleta mirisa.

- 3) Detekcija {tetnih zra-ewa: pri ru-ni pribor za detekciju zra-ewa.
- 4) Joga: odgovaraju}a podna prostirka.

VI. Bli`i uslovi u pogledu lekova i medicinskih sredstava

^lan 12.

Zdravstvena ustanova i privatna praksa mogu obavqati metode i postupke tradicionalne medicine, ako pored obezbe|ene odgovaraju}e vrste i koli-ine lekova i medicinskih sredstava, potrebnih za obavqawe odgovaraju}e zdravstvene delatnosti, imaju obezbe|ene, u zavisnosti od vrste metoda i postupaka tradicionalne medicine, i slede}e:

1. ajurveda, ajurvedske lekove i preparate u koli-ini potrebno za petodnevnu potro{qu;
2. tradicionalna kineska medicina, tradicionalne kineske lekove i preparate u koli-ini potrebni za petodnevnu potro{wu;
3. homeopatija, homeopatske lekove u koli-ini potrebnij za petodnevnu potro{wu;
4. fitoterapija, fitoterapijske preparate u koli-ini potrebno za petodnevnu potro{wu;
5. tradicionalna doma}a medicina, tradicionalne preparate u koli-ini potrebnij za petodnevnu potro{wu.

VII. Zavr{na odredba

^lan 13.

Ovaj pravilnik stupa na snagu osmog dana od dana objavqivawa u „Slu`benom glasniku Republike Srbije“.

Broj 110-00-00388/2077-02

U Beogradu, 14. decembra 2007. godine

Mi ni star,

prof. dr **Tomica Milosavqevi}**, s.r.

Le-ewe bola bez diplome
Alternativa, a ipak sada i zvanično medicina!

Krajem decembra 2007. novim podzakonskim aktom alternativna, to jest tradicionalna, medicina i kod nas je definitivno priznata kao zvanična. Tim povodom, a pod okrićem Udruženja za javno zdravstvo Srbije, održan je skup na kome su se pojavili kao članovi raznovrsnih udruženja za alternativnu medicinu, tako i pojedinci zainteresovani za daće usavršavanje ove oblasti.

Profesor dr Vuk Stambolović, koordinator Nacionalne komisije za alternativnu medicinu Ministarstva zdravstva, rekao je da je ovo prvi u nizu skupova koji će se redovno održavati.

Profesor dr Snežana Simić, predsednica Udruženja za javno zdravstvo Srbije i specijalni savetnik ministra zdravstva, naglasila je da je ovo krupan korak za razvoj alternativne medicine, iako još postoje teškoće...

Kad je u pitanju međusobna saradnja udruženja, istaknuto je da jedan od četiri glavna stuba svakog referentnog centra predstavlja sistem kontinuirane edukacije. To podrazumeva učesnike terapeuta na stručnim i naučnim skupovima, domaćim i međunarodnim kongresima, kao i učesnike na seminarima, kursevima i drugim programima i objavljivanjem stručnih članaka u naučnim publikacijama. Na ovaj način Srbija se pridružila brojnim zemljama sveta u kojima obe medicine imaju ravnopravni status, a bolest se leči i na jedan i na drugi način.

M. P.

Politika, 17. februar 2008.

I z Mi ni starstva zdravqa Srbije

Progla{eni najuspe{ niji domovi zdravqa i o{ { t e bolnice 2007. godine

Na ju-era{ voj Nacionalnoj konf erenciji o stal nom unapre|ewu kvaliteta zdravstvene za{ tite progla{eni su najboqi domovi zdravqa i op{ te bolnice u Srbiji. Za najboqe domove zdravqa na teritoriji do 50.000 stanovnika progla{eni su domovi zdravqa Doqevac, In|ija, Svrqig, Tutin, @agubica, Lu~ani, Bela Palanka, Vrbas, Aleksandrovac, Ariqe, Trstenik i Sopot. Najboqi domovi zdravqa na teritoriji sa vi{ e od 50.000 stanovnika jesu domovi zdravqa Palilula, Vo`dovac, Novi Sad, Kru{evac i ^a~ak. Za najboqe op{ te bolnice na teritoriji do 100.000 i vi{ e od 100.000 stanovnika progla{ene su bolnice u Para}inu, Jagodini, Sremskoj Mitrovici i ^a~ku. Na konf erenciji smo se bavili uvo|ewem kulture stalnog unapre|ewa kvaliteta u sistem zdravstvene za{ tite u Srbiji, rekla je specijalna savetnica ministra zdravqa prof. dr Sne`ana Simi}. (Tanjug)

I z: „Politika“, 22. april 2008.

Nova vozila za domove zdravqa na Kosovu

Ministarstvo zdravqa obezbedilo je sanitetska vozila za vi{ e domova zdravqa u srpskim sredinama na Kosovu, kupqena sredstvima buxeta Republike Srbije, saop{teno je ju~e iz tog ministarstva.

Od pet novih sanitetskih vozila, ukupne vrednosti od 9,5 milioan dinara bez PDV-a, tri su ve} uru-ena Domu zdravqa Pri{tina i Domu zdravqa Orahovac koji se nalazi u sastavu Zdravstvenog centra Prizren, navodi se u saop{tewu. Domu zdravqa Kosovo Poqe uru-eno je sanitetsko vozilo za dijализu.

O~ekuje se da do kraja ove nedeqe stigne po jedno sanitetsko vozilo i u ambulantu Gora`devac, koja je u okviru Zdravstvenog centra Pe}i u Dom zdravqa Istok u Osujanu. (Tanjug)

I z: „Politika“, 9. april 2008.

Zavr{etak klini~kih centara zadatak vlade



Glavni zadatak nove vlade bi }e zavr{etak klini~ki centara u Beogradu, Ni{u, Novom Sadu i Kragujevcu, a rok za to je 2012. godina, rekao je ministar zdrav~a i potpredsednik G17 plus Tomica Milosav~evi}. Ministar zdrav~a je ju~e u Ni{u u~estvovao u kampanji „Zdrav~e se osmehom prenosi“ i najvio da }e do kraja meseca biti raspisan tre}i konkurs za zapo{~avawe 1.000 lekara i medicinskih sestara.

Iz: „Politika“, 9. april 2008.

Obaveze doktora

U Ministarstvu zdrav~a napomenu da izabrani lekar ima obavezu da sprovodi mere o~uvawa i unapre|ewa zdrav~a pojedinca i porodice, radi na okrivawu i suzbijawu faktora rizika za nastanak bolesti, obav~a dijagnosti~ke preglede pacijenata, ukazuje hitnu medicinsku pomo}, obav~a ku}no le~ewe i propisuje potrebne lekove i medicinska sredstva.

– U slu~aju postojawa medicinskih indikacija izabarni lekar treba da uputi pacijenta u odgovaraju}u zdravstvenu ustanovu, odnosno kod lekara specijaliste i obav~a druge stru~ne poslove predvi|ene zakonom. I zabrani lekar du`an je da primi svako osigurano lice koje ga izabere, osim ako se za tog doktora opredelio ve}i broj osigurani~ka od utvr|enog standarda – obja{~vawaju u Ministarstvu zdrav~a.

I zabrani lekar u oblasti op{te medicine, odnosno medicine rada, mo`e da ima od 1.100 do 2.000 otvorenih kartona, u oblasti pedijatrije od 500 do 1.000 pred{kolske dece, odnosno 1.100 do 2.000 {kolske dece. Broj opred~enih `ena u oblasti ginekologije je 4.500 do 7.500, dok izabrani doktor stomatologije mo`e da ima 1.000 do 1.700 dece, odnosno 8.000 do 12.000 odraslih gra|ana.

Iz: „Politika“, 27. mart 2008.

Odobren rad bolnici geneti~ara Stojkovi}a

Pored ve{ta~ke oplodwe `ena tim lekara }e se baviti i „kulturom mati~nih }elija“.

Ministarstvo zdrav~a izdalo je dozvolu za rad Specijalnoj bolnici za le~ewe sterilizeta u Leskovcu geneti~ara Miodraga Stojkovi}a, kazao je sino} taj poznati srpski nau~nik.

Stojkovi}, koji sa suprugom Petrom radi na {panskom intitutu „Princ Filip“ u Valensiji, rekao je da su mu tu vest preneli ju~e wegovi saradnici i kolege iz Leskovca.

„Petra i ja smo zanemeli od sre}e kada smo ~uli da je bolnici odobren rad. Tri godine je trajao na{ hod po mukama. Sada, definitivno, mogu da ka`em da }e bolnica po~eti da radi 1. aprila“, kazao je Stojkovi}.

Tim doktora Stojkovi}a }e u Specijalnoj bolnici vr{iti ve{ta~ku oplodwu `ena, ali }e se baviti i „kulturom mati~nih }elija“ i molekularnom biologijom. „Bolnica je opre~ena najsavremenijim sredstvima za ve{ta~ku oplodwu i istra`ivawe mati~nih ~udskih }elija. I istra`ivawa }emo vr{iti u bolnici, ali i na Medicinskom fakultetu u Kragujevcu i Vojnomedicinskoj akademiji u Beogradu“, kazao je Stojkovi}.

Specijalna bolnica za le~ewe steriliteta u Leskovcu bi}e otvorena zahvaquju}i upornosti Stojkovi}a, ali i velike pomo}i leskova~kih i republi~kih vlasti. Lokalna samouprava je, naime, pre tri godine izdvojila oko 22 milioan dinara za adaptaciju jedne od op{tinskih zgrada na Hisaru i predala je Stojkovi}u na kori{ }ewe, a Vlada Srbije je pro{le jeseni iz Fonda za razvoj odobrila tom nau~niku 23 miliona dinara povocnog kredita za kupovinu komercijalne opreme, dok je iz sredstava NI P-a donirano deset miliona dinara za nabavku opreme za istra`iva~ki rad.

Stojkovi} je postao poznat u svetskim nau~nim krugovima kada je pre tri godine u engleskom gradu Wukasl prvi u svetu klonirao ~udski embrion u medicinske svrhe, a potom postigao niz zapa`enih rezultata u prou~avawu mati~nih }elija dobijenih iz embriona. (Beta)

Iz: „Politika“, 27. mart 2008.

„Beli telefon“ za prit u`be u zdravstvu

Ministarstvo zdravqa }e u roku od sedam dana odgovarati na sve primedbe i SMS poruke gra|ana.

Ministar zdravqa, profesor dr Tomica Milosavcevi}, najavio je da }e ve{ za nekoliko nedeqa za gra|ane Srbije biti uveden „beli telefon“ – govorni automat, dostupan 24 ~asa, preko kojeg }e gra|ani mo}i da ostave svoje primedbe ili SMS poruke. Nadle`ni u Ministarstvu trebalo bi da pismeni odgovor gra|anima dostave u roku od sedam dana. Kako je dr Milosavcevi} izjavio na ju~era{ voj konferenciji za novinare, kojom je najavio po~etak kampawe poboq{avawa odnosa i komunikacije izme|u lekara i pacijenta, pod nazivom „Zdravqe se osmehom prenosi“, on bi bio najsre}niji da broj ovog telefona mo`e da obajvi ve{ danas. Me|utim, zbog tehni~kih detaqa po~etak rada telefonske linije ne prati po~etak kampawe.

Ciq nove kampawe, zapravo nastavak kampawe „I mate pravo“, kojom su gra|ani mnogo boqe upoznati sa pravima pacijenata, jeste boqa komunikacija u zdravstvenim ustanovama. Jer, kako je naglasio ministar zdravqa, i to je na~in da se izbegnu konflikti izme|u pacijenata i lekara, da ~udi lekare, kao nekada u~iteqe, pamte po ~ubaznosti i toplini, ali i ve{tini komunikacije. Ve{ ovih dana gra|ani }e na televizijama imati priliku da vide spotove u kojima im se obra}aju nasmejani lekari i strpqiive i ~ubazne medicinske sestre. Ve{tina komunikacije bi}e i glavna tema ~etiri regionalne konferencije – u Beogradu, Ni{u, Kragujevcu i Novom Sadu, na kojima }e lekarima i medicinskim sestrama biti izlo`ena „Uspe{na komunikacija“, koju je pripremilo Dru{tvo psihologa Srbije.

- Teško je raditi sa ljudima, ali zdravstveni sistem je vlasništvo građana Srbije i zato naše napore usmeravamo i na unapređewe komunikacije. Razgovor s pacijentom, ljubaznost, pravovremeno obaveštavanje rodbine, izbegavanje korišćenja nerazumljivih medicinskih izraza, popravljen odnos između bolesnika i zdravstvenih radnika, a to nikoga ne košta mnogo. Od kvaliteta komunikacije i prvog kontakta nekad zavisi i uspeh lečenja - reako je ministar zdravstva.

Ministarstvo zdravstva je isplaniralo da na predstojećim konferencijama posebnu pažnju posveti mobingu u zdravstvenim ustanovama i nastupu na radnom mestu, zbog kojeg zdravstveni radnici sve glasnije traže status službenika.

- Velika je sramota kada dođe do fizičkog obračuna u zdravstvenim ustanovama. Jedno su huligani koji razbijaju prijemno odeljenje bolnice, ali uvek se pitamo zašto dolazi do fizičkih nasrtaja na lekara ili medicinske sestre. Ima tu greška u komunikaciji, ali je problem što smo mi kultura koja toleriše nasilje. Teško je očekivati da bi status službenika kao neki materijalni rešio problem nasilja. Lično sam protiv statusa službenika za zdravstvene radnike, jer je teško u Krivičnom zakoniku to ubaciti kao posebno krivično delo. Postoji mnogo načina da se komunikacija poboljša, ali policija i sudski organi moraju da rade svoj posao - kaže dr Milosavčević.

O. Popović

Iz: „Politika“, 9. april 2008.

Ministarstvo zdravstva Srbije

**„Beli telefon“
0700-111-700**

**SMS poruke
32-33**

I z Srpskog Lekarskog dru{ tva

I zabrani lekar - { to pre do svetskih standarda*

XXVIII Konferencija op{ te medicine Srbije, dvadeset osma po redu, odr`ana je na Kopaoniku od 28. septembra do 2. oktobra, u organizaciji Sekcije op{ te medicine Srpskog lekarskog dru{ tva. Glavne teme Konferencije bile su poreme}aji ment alnog zdravca, uloga lekara op{ te medicine u okviru zdravstvenog sistema i primarna prevencija kardiovaskularnih oboqewa.

Konferenciju je otvorio predsednik Srpskog lekarskog dru{ tva, profesor dr Vojkan Stani}, koji je govorio o ulozi op{ te medicine u sistemu zdravstva. Oko hiqadu i po lekara op{ te medicine iz cele zemqe, kao i iz inostranstva, u toku pet dana mogli su da prate predavawa vode}ih stru-waka iz raznih oblasti medicine – kardiologije, endokrinologije, psihijatrije, neurologije, ginekologije, gastroenterologije, reumatologije, pulmonologije, infektologije. Paralelno sa predavawima u Kongresnoj sali hotela „Grand“, odr`ane su i radionice sa preporukama za rad u centrima za prevenciju, zatim radionice o terapiji dijabetesa, antihipertenzivnoj terapiji, hroni~noj venskoj insuficijenciji, gojaznosti i hitnim stawima u radu lekara op{ te medicine.

Sekcija op{ te medicine Srpskog lekarskog dru{ tva predstavila je u toku Konferencije svoje aktivnosti, kao i rezultate studije o depresiji. Kao specijalni gost, akademik prof. dr Vladeta Jeroti} je odr`ao predavawe na temu „Psihoanaliti~ki,



kulturolo{ki i hri{ }anski pogled na depresiju“.

Sa prim. dr Mirjanom Moj-kovi}, predsednicom Sekcije op{ te medicine Srpskog lekarskog dru{ tva i predsednicom Organizacionog odbora Konferencije, razgovarali smo o tome kako je protekla Konferencija.

– Moram priznati da sam iznena|ena velikim interesovawem lekara op{ te medicine za ovaj na{ skup. I mali smo veoma interesantne teme, bavili smo se i kvalitetom pru`awa zdravstvenih usluga i

zadovolqstvom na{ih pacijenata., bavili smo se prevetnivom i, naravno, stru~nim temama koje su obavezno sastavni deo svake na{e konferencije. Hiqadu i po lekara iz Srbije, iz zemaqa biv{e Jugoslavije i iz okolnih zemaqa doprneli su na aktuelnosti ove Konferencije.

Mislim da smo upe{no organizovali ovaj skup. Velika je organizacija u pitawu, napravqena je konferencija sa velikim ambicijama i `eqom da se { to pre prikqu~imo svetskim trendovima. Mi smo vrlo blizu svetu po kvalitetu koji mo`emo da pru`imo, treba nam samo malo pomo}i u organizaciji. [to se ti~e na{ih potencijala, verujte da imamo odli~ne performanse, u svetu nas qudi po{ tuju zbog na{e stru~nosti.

Mislim da }e nam zakqu~ci koje }emo doneti na kraju ove Konferencije mnogo koristiti da napravimo strategiju na{eg budueg rada, da ispravimo ono { to mo`emo, ali i da se prilagodimo standardima koji nam se

* I z: „White“, oktobar, 2007.

name}u iz sveta. @eleli bismo da na{ im pacijentima pru`imo sve ono { to pacijenti u razvijenom svetu mogu da dobiju u primarnoj zdravstvenoj za{titi. Na `alost, kod nas jo{ uvek nije za`iveo profil porodni~nog lekara onako kako se to radi na Zapadu, mada kod nas postoji izabrani lekar, {to je zapravo ne{to sli~no porodni~nom lekaru. Pre vi{e do trideset godina Zapad je zapo~eo sa porodni~nom medicinom kao specijalizacijom, ali boja`civo, vi{e kao ku}na nega. U me|uvremenu, to je izraslo u jednu ozbiqnu specijalisti~ku granu koja danas ima partnerski odnos sa ostalim specijalizacijama. Pacijenti }e sa nama morati da podelje odgovornosti za svoje zdravqe, mi }emo mo}i u tome da im pomognemo i da ih nau~imo da se preventivi odazivaju mnogo uredine. I da, zahvaquju}i svim tim akcijama, naravno, imamo zdravije i sre}nije stanovni{tvo - ka`e prim. dr Mirjana Mojtkovi}.

Kakva je uloga izabranih lekara sada kada su ukinuta savetovani{ta za dijabetes?

- Savetovani{ta za dijabetes nisu bila ultimatum, mi na{e pacijente nismo morali da {aemo u savetovani{ta. Moram priznati da moje iskustvo iz ambulante nije toliko pozitivno kada su u pitawu pacijenti koji odlaze u savetovani{te iskqu~ivo zbog jednog oboqewa. To je stoga {to mi, lekari op{te medicine, moramo da posmatramo pacijenta u celini. A ako izdvojimo samo jedno oboqewe, teramo pacijenta da ~e{ }e dolazi na preglede kako bismo ga pratili kao celinu. Rad u savetovani{tima je komplikovao pra}ewe pacijenata, i nama lekarima i samim pacijentima. Naravno, ulagawa u edukaciju tih kolega iz savetovani{ta bila su zna~ajna i ako se sad ta sredstva usmere prema nama, izabranim lekarima, mislim da }e kvalitet biti zadovoljavaju}i, ~ak i boqi, jer mi pratimo cele porodice, znamo predispozicije tih pacijenata.

- ^iwenica je da su lekari op{te medicine dosta dugo bili marginalizovani, dugo smo bili zapostavqeni. Sada se, me|utim, name}e potreba za racionalizacijom potro{we

le~ewa i spre~avawa oboqewa. Zna se da je mnogo jef tinije spre~iti nego le~iti, a da ne govorim o tome da mi svoje pacijente dobro znamo, poznajemo wi hove genetske predispozicije, tako da mo`emo efikasnije da ih pratimo i le~imo - ka`e prim. dr Mojtkovi}.

Da li vam predstoji jo{ neki korak ka porodni~nom lekaru, odnosno prilago|avawu zapadnim standardima?

- Predstoji nam malo prilago|avawe sadr`ajima koje je na{e Ministarstvo zdravqa du`no da defini{e. To je ne{to {to se od nas zahteva, uz doedukaciju, da bismo se prilagodili svetskim standardima. Mislim da to ne}e biti problem. Mo`da }e biti problem objasniti na{im pacijentima {ta to zna-i. Mnogi misle da porodni~ni lekar treba da bude lekar koji }e dolaziti ku}i, u porodicu i pregledati po pozivu, s pacijentima pri~ati, davati im terapiju i to sve u ku}nim uslovima. Tu }e biti verovatno razoarani, jer nisu shvatali o ~emu se radi. Na nama je da objasnimo da porodni~ni lekar, u stvari, posmatra svakog pojedinca ali kroz porodicu i uslove koji mogu dovesti do ispoqavawa odre|enih bolesti, ste~enih ili nasle|enih. Takav pogled na stvari bi }e velika korist u preventivi, da se ispravi ono {to ne vaqa.

Osnovni ciq ovakvih skupova je edukacija.

-U toku ove Konferencije imali smo planirane radionice koje mogu da okupe oko deset lekara u jednom terminu. Dobila sam informacije da su te radionice veoma pose}ene i da su lekari zadovoljni. Podelili smo evaluacione liste, svaka radionica je ocewivana i na kraju }emo imati te podatke. Radionice su upravo osmi{cene kao kontinuirana edukacija, gde je pru`ena mogućnost svima da pro|u kroz jedan mali trening iz odre|ene oblasti. Radionice su vodili lekari koji su pokazali izuzetne rezultate u tim oblastima i mislim da }e Sekcija na taj na~in, kroz takav vid edukacije, mo}i da pomogne svojim ~lanovima i onim

drugim, koji to nisu, a `eleli bismo da budu, da provere svoje znawe i do|u do novih.

Kakva je me|unarodna saradwa Sekcije lekara op{ te medicine Srbije?

- Mi smo ~lan Svetske organizacije lekara op{ te medicine - porodi~ne medicine WONCA. Tako|e smo ~lan Asocijacije lekara op{ te medicine - porodi~ne medicine Jugoisto~ne Evrope. Sa zemqama jugoisto~ne Evrope i mamoo mnogo zajedni~kih problema i kada se sastanemo, mnogo nam zna~i razmena iskustava. Nekoliko studija }emo raditi na nivou jugoisto~ne Evrope i bi}emo predstavqeni u svetu i pojedina~no i kroz Asocijaciju Jugoisto~ne Evrope. [to se ti~e svetskog udru`ewa, tu moramo jo{ dosta da obja{ wavamo kolegama { ta kod nas zna~i specijalizacija op{ te medicine. Mi smo puno truda ulo`ili, tu specijalizaciju i mamoo ve}

vi{e od ~etrdeset godina i mislim da }emo sa ovim terminom - izabrani lekar mo}i da prevazi|emo taj prelaz izme|u specijaliste op{ te medicine i porodi~nog lekara.

Da li na{ e lekare op{ te medicine do kraja godine o~ekuju neki me|unarodni kongresi?

- I mamoo tradiciju da smo sa svojim radovima prisutni na evropskim i svetskim kongresima. Regionalna konferencija Svetskog udru`ewa se odr`ava svake godine, a mi pripadamo regionu Evrope. Moram re}i da je ve}i broj radova na{ih lekara primqen na Evropskom kongresu Svetskog udru`ewa lekara op{ te medicine i da }e veliki broj lekara mo}i da ode da prezentuje svoje radove u Parizu od 17. do 20. oktobra - ka`e prim. dr Mirjana Mojkovi}, predsednica Sekcije op{ te medicine.

Pouke i poruke

Lekar i svet

Savest i znawe u borbi sa: bolest ima, sujeverjem i neznawem

Lekarski poziv je najuzvi{ eniji od svi ju drugih poziva, on je i najlep{ i i najplemeni-
tiji. Ali lekarski poziv je izlo` en i telesnom naporu i du{ evnom mu~ewu i trpqewu: ogo-
varawu, potvarawu, klevetawu, vre|awu, nezahvalnosti i zloj kobi, pa i mr`wi i preteri-
vawu i u okrivqavawu i u optu` ivawu, i onda, kada lekar nije ni najmawe kriv.

Lekarski poziv je skop~an i sa odgovorno{ }u, kakve nema, mo`da, ni u jednom drugom
pozivu; ali je lekar, u svome poslovawu, mi ran i bezbri`an, jer ima najpouzdanijeg i naj-
pravednijeg sudiju – svoju savest. Pod nadzorom toga pravednog sudije lekar je ponosan vr-
{ ilac svog lepog, ali i te{ kog poziva.

Pa, ipak, lekar je u o~ima publike ~as svetao kao sunce, ~as crn kao |avo, prema tome, da
li je bolest nesavladqiva ili savladqiva wegovim le~ewem, da li je le~eno telo podlo`no
ili otporno nasrtaju bolesti i weni h proizvoda, da li je to telo ve{ od Prirode, Boga, stvo-
reno jakim ili slabim. Nadja~a li smrt, sve ako je lekar i otimao od we obolelog ~lana po-
rodi ce, pod okri cem svoje savesti i najpotpunijeg znawa, ona stvara namu~enom lekaru i pre-
zir i mr`wu `ivih ~lanova te porodice, retko kad qubav i prijateqstvo. Za zlu kob ~ovek
tra`i prouzrokova~a i nalazi ga u onome, koji mu je najbli`i, ma on bio i nevin.

Lekarski poziv zahteva i veliko znawe i ta~no upoznavawe i sebe i ~oveka uop{ te, i
svakog pojedinca. Pa, ipak, nema nijednog poziva, u koji bi se svaki hteo da me{ a i da ga
razume, kao { to ceo svet ho}e da daje savet u medicini, da le~i.

Prolaze}i kroz `ivot, a vode}i borbu sa bolestima i sa smr}u, lekar ide tesnacem Sci-
le i Haribde; dugi mu put pun je zaseda, koje je unapred kadro otkriti iskustvo. Ono }e
toga putnika, lekara, sa~uvati od opasnosti i od Scile i Haribde, i od nebrojeni h zaseda
wegova te{ ka puta.

Mlad lekar, svaki bez razlike, ne pozna tih zaseda i lako zapadne u wih: sti~e isku-
stvo, ali ga skupo pla}a. Da ne bi bilo toga, da bi se pro`ivqeno iskustvo o~uvalo i da
se wime koriste oni, koji iza nas dolaze, ja sam poku{ ao da priberem u ovu kwigu svoja
iskustva, koja sam zbirao kao prakti~ni, op{ tinski i, donekle, dru{ tveni lekar, a naro-
~ito i kao lekar u bolni~koj praksi, i u miru i u ratu, kao ni`i i vi{ i lekar, kao na-
~elnik odeqewa i kao upravnik. Verujem, da nije u{ lo u ovu zbirku iskustava sve ono { to
bi trebalo da u|e, a u{ lo je, mo`da, poneko moje li~no iskustvo, koje je ili bezna~ajno
ili mawe dopadqivo. To neka svaki sam rasudi, i neka prihvati ono { to mu se dopadne, a
neka pro|e mimo ono { to mu se ne svidi, ili neka ga odbaci; ali neka ne smetne sa uma,
da je i ono proisteklo iz iskustva.

Lekar, bore}i se sa bolestima, nalazi se, takore}i, svakodnevno u pravom okr{aju i sa
sueverjem i sa neznawem, i on ih mudro savla|uje, pod okri cem svoje savesti, filozof sk-
im pogledom na svet.

Lekar, vr{ e}i svoj uzvi{ eni i lepi poziv, ~as klone u du{ i tokom ~ije bolesti ~as se
digne duhom; on, gotovo, i umire smr}u bolesnikovom, ali ga savest odr`ava, ona ga vodi

kroz život i drži mu pred očima geslo: Salus aegroti suprema lex est; a Priroda, Bog, upu-
je ga: Primum non nocere!

Oteti od smrti ma i jedan deli život stvara srećno raspoloženje u lekarovoj duši,
a da se, mirne duše, prele preko svih neprilika u vršewu lekarskog poziva, uini samo
qubav, prava i ista, gajena u lekarevu srcu prema pozivu: ona stvara svakom vršewu Esku-
lapove veštine pobedničko unutarve zadovolstvo:

Omnia vincit amor!
„Qubav savladava sve prepreke (sve pobe|uje)“, Vergilije.

Beograd, novembra 1935.

Dr Nikola Vučetić iz Beograda
Predgovor za knjigu „Lekar i svet“,
Naučnik iz „SCIENTIA“, Beograd, 1936. godina

Stan za obolele mališane

Na humanitarnoj izložbi i aukciji fotografija na platnu koja je održana sino u ga-
leriji „Progres“ u Knez Mihailovoj ulici prikupčeno je oko 15 miliona dinara. Sredstva
su namewena za kupovinu stana deci koja se le-e od leukemije u Institutu za zdravstvenu
zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“.

Autor izložbe je Svetlana Vukajlović, direktorka Republičkog zavoda za zdravstveno osi-
gurawe. Prema wenim rečima, u svim evropskim zemčama postoje roditeljske kuće namewe-
ne za privremeni smeštaj dece obolele od leukemije.

– Posle transplantacije koštane srći deca i wihovi najbliži i iz unutrašnosti suo-
vaju se sa problemom smeštaja. U budućem stanu moći će da borave mališani i roditelji
sve dok je deci nepohodan svakodnevni odlazak u Institut na kontrolu i terapiju – rekla
je Svetlana Vukajlović.

Ovo je wena prva postavka, a posetiocima i učesnicima aukcije predstavila je 28 rado-
va na kojima dominiraju jarke boje i motivi prirode. Većina fotografija na platnu pro-
data je po ceni od 500.000 dinara i ukupno je prikupčeno oko 11 miliona dinara. Od ula-
znica za izložbu sakupčeno je oko četiri miliona dinara.

Stan kupčen sredstvima obezbeđenim ovom humanitarnom akcijom biće u vlasništvu I n-
stituta za zdravstvenu zaštitu majke i deteta Srbije „Dr Vukan Čupić“.

D. M.
Iz: „Politika“, 19. mart 2008.

*Lekar je najsrećniji čovek na svetu. On poznaje zlo da bi ga suzbio i dobro da bi ga sa svakim
podelio. Uslov je da poznaje staru prošlost radi boće budućnosti.*

(Gete, iz „Fausta“)

*Sumwam da ima mnogo lekara sa toliko literarnog dara koji su u stawu da opišu muku i o-aj
koju trpi savesni a optuženi lekar. Zapravo, samo onaj koji poznaje wegov zanos posle uspewne hirur-
ške intervencije moće postpuno razumeti bol, o-aj i patwu posle nekog neuspeha.*

(Walter Donaldson, poznati američki hirurg)

U saop{tewu Komiteta za bezbednost saobra}aja, povodom tragedije kod Vrbasa, navodi se da je za posledwih 25 godina na putevima Srbije poginulo vi{e od 35.000 ljudi, a da je povre|en svaki {esnaesti gra|anin Srbije.

Saobra}ajne nesre}e u Srbiji u brojkama

3	osobe dnevno poginule u proseku
50	osoba se povredila prosečno na dan
175	saobra}ajnih nezgoda dnevno u proseku u Srbiji
964	poginulih u 2007.
70.735	saobra}ajnih nesre}a u 2007.
22.201	povre enih u 2007.

Jebad na poklon

Koncern „Bambi-Banat“ pridru`io se akciji oplemewivawa prostora i podizawa dostojanstva bolesnika u Urgentnom centru, koju je pre dve godine pokrenula dr Milena Jaukovi}, na~elnik konsultativne slu`be ove ustanove. Odeqewa hirur{ije i op{te intenzivne terapije, koronarna i metaboli~ka jedinica dobile su od ove kompanije najkvalitetniju pamunu }ebad u boji, dok su hirur{ke {ok sobe dobile frotirske prekriva~e.

Dr Jaukovi} je objasnila da su sredstva iz pro{logodi{we donacije koncerna „Bambi-Banat“ iskori{ }ena za zamenu prozora i vrata na postkoronarnom Odeqewu urgentne medicine.

D. D. K.

Iz: „Politika“, 3. april 2008.

Borba za dostojanstveno umiranje

Na{a zemqa je jedna od retkih zemaqa u Evropi koja nema organizovano i specijalizovano palijativno zbrivawawe terminalno obolelih onkolo{kih i drugih neizle~ivih bolesnika. U tim te{kim ~asovima pacijent i wegova porodica su naj~e{ }e prepu{teni sami sebi, osu|eni na dodatne patwe, bol i li~nu snala`qvost zbog sku~enih stambenih uslova, prezaposlenosti uku}ana, vi{e generacija u jednom stanu i odbijawa bolnica da primaju ovu kategoriju bolesnika, jer bi vrlo brzo svi kapaciteti bili potpuno zagu{eni. U`eqi da pomognu i sebi i svojim bli`wim, ~lanovi porodice obilaze bolnice sa nadom da }e uspeti da smeste pacijenta. Na`alost, ako im to i po|e za rukom – u bolnicama ih ~eka osobe koje je ve} preoptere}eno brigom o akutno obolelim i nije dovoqno edukovano da pomogne ni pacijentu ni porodici u ovoj specifi~noj situaciji, {to za sve zajedno predstavlja dodatni stres. Pacijenti umiru izolovani, upla{eni, ~esto u bolovima, a pri tom zauzimaju krevete u bolnicama koji bi drugima mnogo vi{e koristili.

Da bi se ovaj problem re{io na zadovoljavaju}i na~in, kako za obolele tako i za dru{tvo u celini, potrebno ga je prvenstveno prepoznati, priznati wegovo postojawe i proceniti koji je to put koji }e najbr`e dovesti do razvoja kvalitetnog palijativnog zbrivawawa. Zadovoljavaju}e re{ewe zahteva blisku saradwu Ministarstva zdravqa, Ministarstva za rad i socijalnu politiku, predstavnika lokalne vlasti, civilnog dru{tva, profesionalaca koji }e ga sprovoditi i javnosti. Tako|e je neophodna i edukacija u ovoj oblasti, kako profesionalaca tako i javnosti. Profesionalce bi trebalo nau~iti tome da pored uspe{nog suzbijawa fizi~kih simptoma bolesti (bol, mu~nina, gu{ewe itd) postoje i mnogi drugi –

psiholo{ki, socijalni i duhovni - problemi kako obolelih tako i ~lanova wihovih porodica, ~iji su `ivoti i sudbine tako|e sna`no obele`eni bole{ }u wihovih najbli`ih, a koje sami ne mogu da razre{e. Javnost bi trebalo da shvati da bolnice nisu mesta gde se problemi te{kih, ~esto umiru}ih, bolesnika i wihovih porodica mogu re{avati. Sa druge strane, ista ta javnost ima i pravo i obavezu da od vlasti zahteva da po~ne sa re{avawem tih problema, pre svega definisawem jasne nacionalne politike o tom pitawu ~iji }e ciq biti osnivawe specijalizovanih slu`bi za palijativno zbriwawawe terminalno obolelih u celoj zemqi i wihovo integrisawe u sistem zdravstvene i socijalne za{tite. Ovaj problem se ne mo`e daqe odlagati iz vi{e razloga: broj obolelih od malignih i drugih neizle~ivih bolesti svakog dana }e biti sve ve{i, le~ewe ovih bolesti je ~esto neefikasno, a materijalni resursi su vi{e nego ograni~eni. Ba{ zbog ograni~enih materijalnih resursa, ve}ina zemaqa u svetu se opredelila da u zbriwawawu ovih pacijentata ravnopravno u~estvuju dr`avne institucije i nevladin neprof itabilni sektor, jer bi sve usluge pacijentima trebalo da budu besplatne.

Palijativno zbriwawawe ne uti~e na du`inu pre`ivqavawa, ono ne „dodaje dane `ivotu“, ali dodaje kvalitet preostalim danima. Ovo se posti`e kvalitetnom kontrolom bola i drugih simptoma neizle~ive bolesti ali, istovremeno, i psiholo{kom, socijalnom i duhovnom podr{kom pacijenata i ~lanova wihove porodice. Ono prihvata smrt kao o~ekivani ~in`ivota i kao neminovnost.

Zbog svoje humanosti ovaj koncept se pro{irio na sve kontinente, tako da u ovom ~asu u preko 130 zemaqa sveta postoji blizu 9.000 specijalizovanih organizacija koje se bave iskvu~ivo zbriwawawem neizle~ivih bolesnika.

Prim. dr Nat a{ a Mili}evi}
Iz: „Politika“, 11. novembar 2007.

Pri kaz i kw i ga

Prim dr Branislav Popovi}
Ruski lekari u Srbiji i Crnoj Gori
Urednik: prof. dr Stevan Litviwenko
Izdava-: Srpsko lekarsko dru{ t vo, Beograd, 2007.

Jedna od najva`njih monografija u izdavu Srpskog lekarskog dru{ tva u 2007. godini jeste studija o ruskim lekarima i wihovom radu u Srbiji i Crnoj Gori u periodu izme|u dva svetska rata, autora prof. dr Stevana Litviwenka.

Profesor dr Stevan Litviwenko, poznati epidemiolog i istori~ar medicine, u~estvovao je u eradikaciji pegavca, malarije i organizaciji suzbijawa i ga{ewa epidemije velikih bogiwa – variola vere 1972. godine (kao na~elnik { taba). U svojstvu eksperta Svetske zdravstvene organizacije radio je na organizaciji epidemiolo{ke slu`be i suzbijawu malarije u I raku i Pakistanu.

Dr Litviwenko, i sam poreklom Rus, prihvatio se te{ kog posla da u poznim godinama (ro|en 1922. godine), posle penzionisawa, okon~a dugogodi{wa istra`ivawa o ruskim lekarima i wihovom doprinosu na{oj zdravstvenoj slu`bi posle Prvog svetskog rata u kome je Srbija izgubila skoro polovinu svojih lekara.

Autor, u kwizi od oko dvesta strana, u uvodu i prva dva poglavqa izla`e o po~etku i toku pro{irivawa dugogodi{wih veza Srbije i Rusije i u oblasti zdravstva. Taj za~etak vezuje za pismo Kara|or|a 1806. godine upu}eno ruskom komandantu Dunavske armije, generalu Mihelsonu, u kome, izme|u ostalog, isti~e potrebu za lekarima i sanitetskim materijalom. U kwizi slede podaci o misijama ruskih lekara u 19. i po~etkom 20. veka u srpsko-turskim ratovima, balkanskim ratovima i Prvom svetskom ratu.

Na veoma koncizan na~in, u kwizi se ni`u podaci o pomo}i lekara i drugih stru~waka zdravstvene struke da bi autor u te`i{nom, centralnom delu studije prikazao „Sopstvena istra`ivawa“, na oko 84 strane, iza ~ega sledi „Biografski imenik ruskih lekara emigranata“ kao veoma zna~ajan deo sadr`aja (na oko 65 strana) u kojem su po azbu~nom redu dati biografski podaci za 435 lekara.

Na oko 150 strana kwige dr Litviwenko predstavqa svoje istra`ivawe i precizne rezultate do kojih je do{ao. Sledi literatura sa 125 referenci.

Nije bez zna~aja lista lekara koji su zavr{ili studije na Medicinskom fakultetu u Beogradu od 1926. do 1950. godine sa 202 imena lekara ro|enih u Rusiji, a koji su diplomirali kod nas.

Tekst je pro`et fotografijama, fotodokumentima i tabelama (preko 50), {to ~ini izvanrednu kompoziciju za ~itaoce – ~itqivu kwigu, a osim toga predstavqa i uverqivu dokumentovanost.

Podaci izra`eni brojkama najubedqivije pokazuju { ta je zna~io dolazak ruskih lekara posle 1920. godine. Ju`no od Save i Dunava vi{ e od polovine lekara bili su Rusi, dve tre}ine na Kosmetu i tri ~etvrtine u Crnoj Gori. Ako bi se na karti Srbije ozna~ila mesta u kojima su radili ruski lekari videlo bi se jasno da su bili raspore|eni po celoj teritoriji dr`ave. Rad ruskih lekara bio je zna~ajan i za vojni sanitet u kome je bilo anga`ovano 46 ruskih lekara po ugovoru („kontraktualni“), a pojedinci, po~ev od 1924. godine, po{to su postali dr`avqani Kraqevine SHS, primani su u vojnu slu`bu kao aktivni sanitetski oficiri.

Jo{ jedan kvalitet bio je zna~ajan, a to je starosna struktura. Ruski lekari ve}inom su bili izme|u 40 i 50 godina `ivota - sa iskustvom i stru~nom zrelo{ }u, a dovoqno mladi da imaju energije da se ukqu~e u re{ avawe te{ kog stawa narodnog zdravqa posle ratnih katastrofa.

Na{oj medicinskoj javnosti relativno je malo poznat doprinos ruskih lekara na{oj zdravstvenoj slu`bi i medicinskoj nauci po dolasku u Srbiju posle Oktobarske revolucije. I pak, ima jo{ dosta `ivih qudi koji su za svoje lekare imali Ruse, a u literaturi se ~esto sre}u imena istaknutih profesora kao {to su I gwatovski, ^ernozubov i Ramzin.

Ruski emigranti bili su prihva}eni ne samo od dr`ave, nego i od srpskog naroda, jer su sa~uvali mnoge `ivote i doprineli da se stradawa iz prethodnih ratova zaustave i na{ narod povрати snagu i sposobnost za `ivot i daqi razvoj.

Zasluga autora ovog dela je {to nas sve zajedno podse}a na veliki doprinos ruskih lekara na{oj medicini, ~uvaju}i od zaborava wi hovu plemenitost, po`rtvovanost i napore u o~uvawu zdravqa stanovni{tva Srbije izme|u dva svetska rata.

I z: „Vi ojnosa n i t e t s k i p r e g l e d“, 2, 2008.

Pedeset godina nefrologije u Srbiji

Povodom pedeset godina od osnivawa Katedre za nefrologiju Medicinskog fakulteta u Beogradu, 12. decembra ove godine u Dekanatu Medicinskog fakulteta predstavqena je kwiga „Prilozi za istoriju nefrologije u Srbiji“, koju je priredila prof. dr Qubica \ukanovi}. U izradi kwige u~estvovalo je 65 stru~waka iz Srbije, koji su se potrudili da prika`u razvoj nefrolo{kih ustanova, razvoj nefrolo{ke nastave, kao i udru`ewe nefrologa, medicinskih sestara i obolelih.

Zna~ajan deo kwige pove}en je na{oj sredwovekovnoj dijagnostici i le~ewu bubrega, kao i osniva~ima srpske nefrologije, profesorima Vasiliju Jovanovi}u, Vojislavu Danilovi}u, Sveti Su{ i i Stevanu Savinu, koji su zaslu`ni za izdvajawe nefrologije iz interne medicine krajem pedesetih godina 20. veka.

O kwizi su govorili profesori Nada Dimkovi}, Qubica \ukanovi}, Steva Pqe{a, Vladislav Stefanovi}, Vi{wa Le`ani}, Du{an Bo`i} Amira Peco-Anti} i Rajko Hrvac-evi}.

I z: „White“, 14, 2007.

Prim dr Branislav Popovi}, dr Miroslav Vidanovi} Srpski vojni sanitet u 1916. godini

Urednici: Aleksandar S. Nedok, Brana Dimitrijevi}

Izdava-: Akademija medicinskih nauka Srpskog lekarskog dru{tva, 2007.

U Centralnom domu Vojske Srbije, 10. oktobra 2007. godine, odr`an je nau~ni skup „Srpski vojni sanitet u 1916. godini“. Akademija medicinskih nauka SLD, organizator nau~ne rasprave, priredila je i {tampala monografiju sa svim nau~nim radovima, serija B, vol. 1. broj 2, 2007. godine. Monografija sadr`i dvanaest nau~nih radova saop{tenih na skupu.

U monografiji su objavljeni nau~ni refereti u celini, a navodimo ih po redosledu kako su i prezentovani na skupu. Posle uvoda, koji je imao za cilj da iska`e `ecu autora i prisutnih za trajnim obele`avawem istorijskih doga|aja wihovih slavni h prethodnika i prilod`i objektivnu istorijsku istinu, kao i da ~uva od zaborava, istaknuto je da je u svetskoj istoriji jedinstven primer da jedna vojska, odbiv{i da se preda daleko nadmo}nijem neprijatecu, krene u izgnanstvo zajedno sa svojim kra`cem, vladom, skup{tinom i izbeglim narodom.

Po povla~ewu, srpska vojska je, uz pomo} saveznika, uspela da se oporavi tako brzo da je ve} krajem 1916. godine pobedonosno stupila na tlo svoje dr`avne teritorije. Vi{e od dve ratne godine postojala je ne samo vojska nego i dr`ava u egzilu. Postojao je i sanitet u izgnanstvu, a wegovi nosioci bili su srpski lekari i medicinari za koje je odanost pozivu i svom narodu bila iznad svega. Uz wih, svoju plemeni tu`nost obavqali su i lekari pripadnici sanitetskih jedinica i humanitarnih organizacija: [koti, Englezi, Francuzi, Rusi, Grci, Australijanci, Novozelan|ani, Italijani i Amerikanci. Posebno mesto imaju dela ~ovekoqubqa i hrabrosti tih plemenitih qudi i wima, u znak zahvalnosti, posve}en je i ovaj nau~ni skup. Cilj pomiwawa svih herojstava i `rtava, znani h i neznani h, jeste da po~ivaju u miru i da se wihova dela zauvek pamte.

Naslovi nau~nih referata obuhva}eni h ovom monografijom su: 1. Aleksandar S. Nedok – Reorganizacija vojnog saniteta u 1916. godini; 2. Milisav Sekuli} – Obrazovawe solunskog fronta; bitke na solunskom frontu u 1916. godini; zna~aj otvarawa solunskog fronta i vojno-politi~ka situacija pre i tokom uspostavqawa solunskog fronta; 3. @arko Ruidi} – Evakuacija rawenika pri zauze}u Kajmak~alana 1916. godine; 4. @arko Vukovi} i Vuka{in Anti} – `ene Australije sa srpskom vojskom na solunskom frontu; 5. Brana Dimitrijevi} – Nastavak legendarne prve hirur{ke poqске bolnice vrhovne komande na solunskom frontu; 6. Branislav Popovi}, Dragan Miki}, Jovo Zeqkovi}, Radovan ^ekanac i Miroslav Vidanovi} – Malaria u srpskoj vojsci na solunskom frontu sa posebnim osvrtom na po~etak epidemije sredinom 1916. godine; 7. Luka Nikoli} – Sanitet u Bizerti 1916. godine; 8. Aleksandar S. Nedok – Sanitet srpskog dobrovoqa~kog korpusa u Rusiji 1916–1917; 9. Brana Dimitrijevi} – Rad saniteta prve srpske dobrovoqa~ke divizije 1916. godine u Dobruxi; 10. @arko Vukovi} i Vuka{in Anti} – Sa Srbima u Dobruxi; 11. Vojin [ulovi} i Budimir Pavlovi} – Jedna neobi~na sudbina – Danac, dr Vilhem Teodor Melgard, lekar drugog lazareta Prve srpske dobrovoqa~ke divizije u Dobruxi; 12. Budimir Pavlovi} – Kraqi ca Marija Kara|or|evi}, dobrovoqna bolni~arka u ratu 1916. godine.

Ne ulaze}i u detaqniji prikaz pomenutih radova, cilj nam je da skrenemo pa`wu na ovu zna~ajnu monografiju i na podatke koje ona obuhvata.

Na~in obrade teme bio je u zavisnosti od naslova. Neki radovi sadr`e prikaze originalnih dokumenata, karte i skice, a neki tabelarne prikaze i grafikone. I za svih radova navedeni su izvori i literatura.

Na koricama kwige, odnosno na naslovnoj strani, nalaze se fotografije znamenitih li~nosti srpskog saniteta: dr Romana Sondermajera i dr \or|a Vladisavqevi}a, uz admiral a

Geprata, a na posledwoj strani su slike kwige koje sadr` e istu tematiku, a me|u wima je i fotograf ija jednog od najve}ih srpskih vojnih hirurga doktora Mihajla Petrovi}a.

Zahvaquju}i qubaznosti autora i organizatora nau~nog skupa Vojska Srbije dobila je preko 100 primeraka kwige za sve slu{ aoce aktuelne klase { kole rezervnih of icira sanitetkse struke i wihove nastavnike, kao i zna~ajne institucije i li~nosti.

Uvereni smo da je monograf ija zanimqiva za strukture vojske, a posebno pripadnike saniteta. Ovakvi sadr` aji jedinstvene tematike uvek izazivaju op{ te interesovawe.

Nijedan narod sveta nikada ne sme da zaboravi da sa svakim ratom jedna generacija vene i umire, da svaki rat pokosi ~itavu vojsku mladih umova koji nisu stigli da ostvare uspehe i velika dela na koje su bili predodre|eni. Na` alost, srpskom narodu bio je nametnut i ovaj rat.

I z: „Vi ojnosanit et ski pregled“, 3, 2008.

Kalendar zdravqa

31. januar	- Nacionalni dan borbe protiv pu{ewa (u Srbiji)
Mesec mart	- Mesec borbe protiv raka
4. mart	- Dan borbe protiv glaukoma
13. mart	- Svetski dan bubrega
18. mart	- Svetski dan potro{a-a
21. mart	- Svetski dan {uma
22. mart	- Svetski dan voda
24. mart	- Me unarodni dan borbe protiv tuberkuloze
7. april	- Svetski dan zdravqa
22. april	- Svetski dan planete Zemqe
5. maj	- Evropski dan borbe protiv melanoma
Posledwa nedeqa maja meseca	- Nedeqa zdravqa usta i zuba
31. maj	- Svetski dan borbe protiv pu{ewa
5. jun	- Svetski dan za{tite `ivotne sredine
40. nedeqa u godini	- Nedeqa dojewa
28. septenbar	- Svetski dan srca
Oktobar mesec	- Mesec za{tite starih qudi
15. oktobar	- Svetski dan belog {tapa (za{tite slepih)
16. oktobar	- Svetski dan hrane
17. oktobar	- Svetski dan borbe protiv siroma{tva
20. oktobar	- Svetski dan hrane
23-27 oktobar	- Evropska nedeqa bezbednosti i zdravqa na radu
24. oktobar	- Dan Ujediwениh nacija
31. oktobar	- Svetski dan {tedwe
Novembar mesec	- Mesec borbe protiv bolesti zavisnosti
16. novembar	- Me unarodni dan tolerancije
20. novembar	- Me unarodni dan prava deteta
1. decenbar	- Svetski dan borbe protiv side
3. decenbar	- Svetski dan osoba sa invaliditetom
11. decenbar	- Svetski dan qudskih prava

Me|unarodna godina planete

Generalna skup{tina Ujediwениh nacija proglasila je 2008. za Me|unarodnu godinu planete Zemqe, pa je ova godina odlu~uju}a za podizawe svesti javnosti o zna~aju odr`ivog razvoja planete Zemqe i wениh resursa, prevenciju katastrofa i ubla`avawe posledica, kao i za izgradwu kapaciteta za odr`ivo kori{ }ewe resursa.

In memoriam

Profesor dr Marko Vulovi}* --- ---

Danas se rastajemo od našeg velikog u-itečja, doajena srpske preventivne i de-je i stomatologije uopšte, sa neizmernom tugom odajući mu poslednju počtu.

Otišao je naš profesor, profesor Marko Vulović, našika Marko. I zgubio je poslednju bitku, a nadali smo se još mnogo godina drugu.

Otišao je kao pravi profesor, ne otkrivajući sve nama, očima. Zato što nas je voleo. Govorio je sve svojim uzorom, a mi, kao da tek sada pažljivo slušamo.

Sada znamo kako se bori i za to život traže dok je borbe. Uvek nedvosmislen i suguran kad se odluka donosi.

Uvek pun sumnje i premišljanja, odmeravanja i opreznosti dok ne odluči. Spoznajan i mudar, sa jednostavnom, kristalno jasnom misli kojom zaokruži i pokloni znawe na kraju. Uvek neumoran.

Verujemo da svako od nas može da se seti bar nekoliko istina koje je naučio od profesora Vulovića.

Nikada nije rasipao svoju snagu na formalne i uobičajene predstave, svoje je ponaučawe majstorski svodio na neophodno i postojano. Bili mi toga svesni ili ne. Unapred je, kao što je svojstveno samo retkima, znao kome se veruje i u šta se ulaže – koji se oblik ne-emu može dati.

Bio je domaćin kakvih ima sve mawe i koji ovoj zemlji nedostaju već dugo. Disciplinovan i samouveren, duboko uveren u svoje mogućnosti, uvek je davao najviše. Nama je bilo tako lako da o svemu tome govorimo i tako teško da ga ravnopravno pratimo.

A poni kao je iz Srednje Reke, iz I vavice. [kolovao se u I vavici i Beogradu, gde

je diplomirao na Stomatološkom fakultetu sa najvišim ocenama.

Štarišao je u rodnoj I vavici, a kao odličnom studentu vrata Stomatološkog fakulteta su mu bila otvorena. Odabrao je Kliniku za dečju i preventivnu stomatologiju, predmet na početku, da nastavi tradiciju osnivača i svojih u-itečja i da ih u tome prevaziđe. Puno je učinio za dečju i preventivnu stomatologiju, a prerani odlazak ga je sprečio da nas još mnogo nauči i usmeri na pravom putu. Svoja saznanja je uobličio u magistarskoj i doktorskoj tezi. Mnoge generacije studenata, posle diplomaca, specijalizanata i lekara pamtiće ga po znawu i veštinama kojima ih je učio i nesebično prenosi na predavačima i neumorno radi do samo pre nekog vremena. Usavršavao se u Berlinu i Mančesteru, Lidsu i sarajivao sa kolegama sa brojnih fakulteta. Tokom univerzitetske karijere na Klinici i Stomatološkom fakultetu dao je veoma značajan doprinos u redovnoj i poslediplomskoj nastavi, zdravstvenom radu i naročito naučno-istraživačkoj delatnosti, rešavajući najbitnije probleme iz preventivne i de-je stomatologije i stomatološke nauke u celini.

Iz njegove bogate naučno-istraživačke delatnosti proistekli su mnogi naučni radovi, projekti, elaborati iji su rezultati publikovani u najeminentnijim naučnim časopisima i referisani na najznačajnijim naučnim skupovima u zemlji i inostranstvu. ^esto su bili osnov za donošenje rešenja, propisa i stručnometodoloških uputstava, za unapređenje javnog zdravlja, posebno stomatološke zdravstvene zaštite. Ponosio se Programom preventivne stomatološke za-

* Reč na Komemorativnom skupu na Stomatološkom fakultetu u Beogradu, 11.06.2008.

štite stanovništva Srbije. Wegove ideje su bile vodiča brojnih magistarskih i doktorskih teza, u kojima se ostvario kao odličan mentor. Posebno je voleo rad sa studentima, i do pred opaku bolest sa wima na ve`bama, i kao da je na samom početku, sa puno snage i energije ulivao im je znanja i uio ih kako da postanu dobri stomatolozi, lekari, odgovorni i poštenu ljudi, kako da pomognu malom pacijentu, kako da sa lakom ovladaju veštinama koje im je nesebično prenosio.

Profesor Marko Vulović je dugogodišnji član SLD-a, bio je predsednik Sekcije za dečju i preventivnu stomatologiju, i prisustvom u najvećem broju institucija SLD-a dao je neprocenljiv doprinos razvoju, ugledu i afirmaciji stomatologije s jedne strane, i ove lekarske organizacije s druge strane. Nosilac je brojnih priznanja SLD-a, a kao kruna tog rada jeste izbor u zvanje redovnog člana Akademije medicinskih nauka SLD-a. Dobitnik je „Oktobarske nagrade za medicinske nauke grada Beograda“, Nagrade za zdravstvenu zaštitu grada Beograda „Dr Simo Milošević“, Plakete SLD-a za organizaciju i unapređewe zdravstvene zaštite i godišnje Nagrade SLD-a za unapređewe primarne zdravstvene zaštite.

Tako je bio predsednik Udruženja stomatologa Jugoslavije, Udruženja stomatologa Srbije, kao i član i predsednik Balkanskog udruženja stomatologa.

Za skoro četrdeset godina rada na Stomatološkom fakultetu, u nekoliko navrata je bio upravnik Klinike za dečju i preventivnu stomatologiju, vršio je dužnost predsednika Saveta i prodekana SF, član K

tedre za preventivnu stomatologiju i direktora Zavoda za stomatološku zdravstvenu zaštitu Srbije. Bio je predsednik Republičke stručne komisije za stomatologiju i mnogih drugih komisija na Fakultetu i Univerzitetu.

Nedostajale i wegovim malim pacijentima, strpčiv, i sa puno neжности, na sebi svojstven način, da im olakša bol i muke. Nikada čut, uvek nasmejan, ohrabrivao ih je osmehom, a oni su ga obožavali.

Dok razmišljamo kako da izrazimo buru osećawa, vidim pregršt uspomena. Lepe uspomene, poučne, zato što je profesor Vulović ulagao uvek još napora da se razumemo, da naučimo i sledimo pravi put. @eleo je da budemo bezbedni u hodu, ali nije oklevao da sam učini svaki naš korak sigurnim. Nekad šine i sve što je potrebno, a nekad ne šine i ništa – samo veruju i bivaju i strpčiv da vidi kako uspevamo sami.

Bio je najprofesionalniji među profesionalcima. Tome nije mogao da nas nauči već samo svojim primerom da nam trasira put. To je stvar karaktera i vaspitawa, lišna i neotuživa vrednost. Ostaje nam da pokušavamo da budemo takvi.

Uteha je danas slaba, možemo samo da šekamo vreme da izmešawa, da izbledi bol i ojaša uspomene i sešawa. Ohrabreni smo, međutim, svim godinama u kojima smo poznavali profesora Vulovića, rasli uz wega i učili od wega.

Za sve ono što je pružio kao učitelj, kao naučnik, kao stariji kolega, a posebno kao stariji drug i prijatelj, mi, wegovi najbliži i saradnici i kolege, dugujemo mu neizrecivu zahvalnost.

*Prof. dr Mirjana Ivanović,
upravnik Klinike za dečju preventivnu
stomatologiju Stomatološkog
fakulteta u Beogradu*

Uputstvo autorima

U ~asopisu „Zdravstvena za{ tita“ objavljuju se originalni nau~ni radovi, prethodna saop{tewa, pregledi i stru~ni radovi, iz socijalne medicine, iz istorije medicine i zdravstvene slu`be, zdravstvenog osigurawa, ekonomike u zdravstvu, informatike i menaxmenta.

Uz rukopis ~lanka treba prilo`iti izjavu s potpisima svih autora da ~lanak nije objavljan. Svi prispeli radovi upu}uju se na recenziju. Radovi se ne honorisu. Rukopisi se ne vra}aju. Rukopis rada u dva primerka i eventualno disketu sa oznakom programa (tekst procesora) slati na adresu: **Ure|iva~ki odbor ~asopisa „Zdravstvena za{ tita“, Komora zdravstvenih ustanova Srbije, 11000 Beograd, Nu{ i}eva 25.**

Op{ta pravila

Rukopis ~lanka pisati duplim proredom sa marginama od 2,5 cm, na papiru formata A4 i to samo sa jedne strane. Grafitnom olovkom na margini teksta ozna~iti mesta za tabele, slike, {eme i grafikone. Literaturni podaci u tekstu ozna~avaju se arapskim brojevima u zagradama, redosledom kojim se pojavuju u tekstu. Po{to se ~asopis {tampa}iriliicom, **crvenom olovkom podvu}i re-i koje treba {tampati latiniicom.**

Na posebnoj stranici (u jednom primerku) navesti naslov ~lanka bez skra}enica, zatim puna imena i prezimena autora i wihove stru~ne titule i nazive ustanova i mesta u kojima rade. I mena autora povezati sa nazivima ustanova indeksiranim arapskim brojkama. Na dnu stranice otkucati ime i prezime autora sa kojim }e se obavqati ko-

respondencija, wegovu adresu, broj telefona i eventualno e-mail adresu.

Tekst ~lanka pisati kratko i jasno na srpskom jeziku. Skra}enice koristiti izuzetno i to samo za veoma duga~ne nazive hemijskih supstancija, ali i za nazive koji su poznati kao skra}enice (npr. AI DS, RI A itd.).

Obim rukopisa

Obima rukopisa (ne ra~unaju}i kratak sadr`aj i spisak literature) za pregledni rad mo`e iznositi najvi{e {esnaest strana, za originalan rad deset strana, za stru~ni rad osam strana, prethodno saop{tewe ~etiri strane, a za izve{taj, prikaz kwige i pismo dve strane.

Kratak sadr`aj

Uz originalni nau~ni rad, saop{tewe, pregledni i stru~ni rad treba prilo`iti na posebnoj stranici **kratak sadr`aj do 200 re~i na engleskom i srpskom jeziku.** U wemu se navode bitne ~iwenice, odnosno kratak prikaz problema, ciqevi i metod rada, glavni rezultati i osnovni zakqu~ci rada, i 3-4 kqu~ne re-i na srpskom i engleskom.

Uz sve vrste ~lanaka za koje je potreban kratak sadr`aj, otkucati na posebnoj stranici naslov rada, rezime i inicijale imena i prezimena autora, nazive ustanova.

Tabele

Svaka tabela se kuca na posebnoj stranici. Tabele se ozna~avaju arapskim brojkama po redosledu navo|ewa u tekstu. Naslov

tabele koji se kuca iznac tabele prikazuje wen sadr`aj. Kori{ }ewe skra}enice u tabe- li obavezno objasniti u legendi tabele.

Slike (fotografije)

Prilo`iti samo kvalitetno ura|ene fo- tografije i to u originalu. Na pole|ini svake slike napisati prezime prvog autora, skra}eni naziv ~lanka, redni broj slike, a vrh slike ozna~iti vertikalno usmerenom strelicom. Naslov slike napisati na po- sebnom listu.

Crt e` i ({ eme, grafikoni)

Primaju se samo pregledno ura|eni crte- `i na beloj hartiji.

Spisak lit erature

Kuca se na posebnoj strani, dvostrukim proredom, a trostrukim izme|u pojedinih referenci, s arapskim brojevima prema re- dosledu navo|ewa u tekstu. broj referenci u spisku ne treba da prelazi 20, osim za pregledni rad. Stil navo|ewa referenci je po ugledu na „Index Medicus“.

NAPOMENA: Ovo uputstvo je sa-iweno prema Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, koji je obja- vio „International committee of medical jour- nal editors“ u N. Eng. J. Med. 1997;336; 309-15.

CIP – Katalogizacija u publikaciji
Narodna biblioteka Srbije, Beograd

614

ZDRAVSTVENA ZAŠTITA : časopis za
socijalnu medicinu, zdravstveno osiguranje,
ekonomiku i menadžment / glavni i
odgovorni urednik Predrag Dovijani }. - God.
1, br. 1 (1972)-. -Beograd (Nudeva 25) :
Komora zdravstvenih
ustanova Srbije, 1972 - (Beograd :
Obelja). - 27 cm.

Dvomesno.

ISSN 1451-5253 = Zdravstvena zaštita
COBISS.SR-ID 3033858