

# WHITE

specijalizovani časopis za lekare, stomatologe i farmaceute

godina III / broj 29 / 2009. / besplatan primerak



**Neurohirurgija zaslužuje više**

**Istina i zablude o lekarskoj grešci**

**Stvar poverenja**

**Mentalno zdravlje u fokusu**

# Neurohirurgija zaslužuje više

O neurohirurgiji nekad i sad, o potrebnoj reorganizaciji ustanova i struke, o novinama u lečenju, sa prof. dr Danicom Grujičić, načelnicom "C" odeljenja Instituta za neurohirurgiju Kliničkog centra Srbije



- Moram da istaknem sa zadovoljstvom da je dvadesetih godina prošlog veka, srpska neurohirurgija bila bukvalno na nivou američke. Sve ono što se radilo u razvijenim zemljama sveta radilo se i u Srbiji, pre svega zahvaljujući prof. Miliwoju Kostiću, a onda i njegovom bratu, dugogodišnjem direktoru ove klinike, profesoru Slobodanu Kostiću. Do devedesetih godina zaostajali smo za zapadom u tehnološkom pogledu samo par godina, ali nas je kriza unazadila i još uvek se, itekako, osećaju posledice.

## Nove tehnologije nadoknađuju iskustvo mladih neurohirurga

Broj patoloških stanja centralnog i perifernog nervnog sistema koje zbrinjavamo se drastično povećava. Posebno se povećao broj operacija na krvnim sudovima mozga, prvenstveno na aneurizmama, pa i na arteriovenskim malformacijama. Navešću podatak da je 1982. godine kod nas bilo operisano 57 aneurizmi, dok je danas taj broj preko 300. Dakle, za dvadesetak godina broj samo ovih operacija se skoro šest puta uvećao! Međutim, ima i pozitivnih stvari koje treba istaći - dobili smo dva ultrazvučna aspiratora, koji su ogromna olakšica u radu sa tumorima, a posebno gliomima i tumorima koji su slabo ograničeni od zdravog moždanog tkiva, pa u tim slučajevima samo fini instrumenti poput UZ aspiratora mogu na vreme da zaustave neurohirurga - da bude radikaln ali da ne ošteti zdravo moždano tkivo. Zatim, dobili smo sistem za navigaciju, to je sjajna stvar koja mladim kolegama pomaže da lokalizuju male promene u mozgu koje treba operisati i tako nadoknađuje nedostatak višegodišnjeg iskustva. Sada postoji računar koji izračuna umesto nas i uz minimalnu traumu mozga, čak i mlad, ne preterano iskusen specijalista može sasvim sigurno da operiše pacijenta. Očekujemo veliku pomoć i od monitoringa, koji je u fazi nabavke. To je registrovanje evociranih motornih potencijala, što znači da se mišići pacijenta koji je u anesteziji ne relaksiraju, pa hirurug tokom operacije u nekoj delikatanj zoni u mozgu ili kičmenoj moždini može da kontroliše svoj rad i da bude siguran da neće oštetiti pacijenta - tačno zna kad treba da stane da ne napravi

oštećenje. Sve je veći broj naših pacijenata koji se kvalitetno operišu i provode manje vremena u bolnici.

## Embolizacija umesto klasične mikrohirurgije

Krenuli smo i sa embolizacijama. U našim uslovima embolizacije su prilično skupe, ali su vrlo komfome, i za pacijenta i za hirurga. Njih zapravo u našoj kući rade radiolozi. Pacijent se uvede u opštu anesteziju i praktično se vrši operacija kroz krvne sudove - zatvaranje proširenja na krvnim sudovima, patoloških šantova između venskih i arterijskih krvnih sudova, bilo hemijskim sredstvima koja izazivaju momentalnu trombozu, bilo koilovima, mikroskopskim spiralama od platine, kojima se iznutra ispunjavaju vreće aneurizme. Na Institutu godišnje vidamo 300 do 400 aneurizmi, koje se manifestuju na različite načine. Najveći broj njih prokrvari, neke su gigantske - preko 2,5 cm u prečniku pa se ponašaju kao tumori, neke daju embolije, a neke su delimično zatvorene trombom pa se delić tromba otkaçi i dà sliku šloga. Klinička slika, dakle, može biti različita, ali sada imamo i tu mogućnost da zatvorimo one aneurizme koje su na takvim lokalizacijama da nisu pogodne za klasičnu mikrohirurgiju. Međutim, problem je u ceni. Koilovi su mnogo skuplji od klembe i sada treba odlučiti šta čime treba da se radi. Mislim da ne treba sve aneurizme zatvarati koilovanjem.

Interesantno je da se danas u zapadnoj Evropi, gde nema problema sa finansijama, operiše minimalan broj aneurizmi, jer se one uglavnom zatvaraju koilovanjem, te ima sve više mladih hirurga koji nemaju nikakva iskustva u radu sa aneurizmama, za razliku od Srbije, gde mladi specijalisti to rade kao rutinsku operaciju.

Kad je u pitanju kičma, sada se kod nas već rutinski rade vratni diskusi. To nije komplikovana hirurška tehnika, ali nismo do nedavno imali dobar rendgen i nove instrumente za ugradnju "kejdževa" - čvrstih zamena za diskuse. Počeli smo da radimo i instrumentacije - stabilizacije lumbosakralnog dela kičme. Za sada radimo uglavnom zadnju stabilizaciju - stavljaju se posebni šrafovi između kojih se montiraju šipke po bočnim delovima kičmenog stuba i tako se namešta kičma da pacijenta više ne boli. Bolesna kičma jednom je bolesna kičma zauvek, to je doživotni problem, s tim što taj nepodnošljiv problem pacijentu treba učiniti podnošljivim - da sa tim može da živi.

## Učimo jedni od drugih

Dobili smo novu magnetnu rezonancu u Kliničkom centru, od 1,5 T. Nadamo se da ćemo uskoro dobiti i od 3 T, jer ona pruža mogućnost kako za klinička tako i za naučna istraživanja. Inače, imamo izvanrednu saradnju sa Centrom za magnetnu rezonancu KCS - imamo njihovo potpuno razumevanje za sve što je nam je potrebno. Pomenula bih kolege prim. dr Slobodana Lavrnica, profesorku Tanju Stošić-Opinčal, dr Mišu

Gavrilova - to su lekari koji nas nikad nisu odbili kada smo hitno tražili magnetnu rezonancu za bolesnika. Takođe izuzetno saradujemo sa kolegama sa Instituta za radiologiju i onkologiju, prvenstveno sa kolegama terapeutima, i tu bih istakla profesorku Ivanu Golubović, dr Gordanu Gligorijević, dr Zlatu Petrović i dr Miodraga Matijaševića, koji radi hemioterapiju pacijenata sa malignim tumorima mozga.

Imamo lepu saradnju i sa kolegama sa Instituta za endokrinologiju. Mnoge stvari smo od njih naučili, pa sada obavezno ispitujemo kompletan metabolički status naših pacijenata, jer se neretko dešava da pravi uzrok bola u kičmi nisu degenerativne promene već neki problem u samom metabolizmu, recimo, hipovitaminoza vitamina D3. I kad detaljnije ispitajte, vidite da pacijent nije za operaciju.

U celom svetu postoji dilema ko treba da se bavi kičmom - ortopedi ili neurohirurzi. Mi dosta saradujemo sa Institutom za ortopediju na Banjici i posebno sa njihovim Spinalnim centrom. Ortopedi su vrlo kritični kad je kičmena moždina u pitanju i čim oseće da bi neki problem morao biti unutar tvrde moždane opne i u kičmenoj moždini i nervnim strukturama, zovu neurohirurge. A mi smo, recimo, kada smo počinjali laminoplastike kod starijih ljudi, zvali njih da nas tome nauče. U našim uslovima postoji dobra saradnja, ali je činjenica da oni zbrinjavaju kompletnu traumu - trauma ni vratnog ni torakalnog ni lumbosakralnog dela kičme ne dolazi na neurohirurgiju, dok je u svetu to malo drugačije. Tamo postoje neurohirurzi koji se bave samo kičmom. Postavlja se sad pitanje da li su oni u prednosti u odnosu na ortopede i ja, kao neurohirurg, lično mislim da jesu.

Mislim da bi, bar kada su u pitanju povrede vratnog segmenta kičme, na nivou Srbije trebalo da postoji samo jedan spinalni centar, jer Srbija nije velika zemlja, helikopterom se za najviše sat vremena stiže s jednog kraja na drugi. Mislim da je mnogo bolje formirati tim ljudi koji će raditi samo na jednom mestu jer će tako biti i kvalitetnija obrada i priprema pacijenta, a sama intervencija će se brže raditi. Ako se već bude radila druga faza rekonstrukcije KCS, zaista mislim da taj centar treba napraviti u KCS, jer, hteli mi to da priznamo ili ne, najveći broj traumatizovanih pacijenata dolazi upravo ovde.

### **Institut je dobio novu opremu, tehnologija se usavršava. Šta je još potrebno da bi se zadovoljile potrebe Instituta, ali i pacijenata?**

Mislim da bi klinika kao što je naša morala da ima svog internistu, neurologa, patologa, svog neuropsihologa. Pa jedno od najvećih svetskih imena u neuropsihologiji, Lurija, radio je upravo na Institutu za neurohirurgiju "Burdenko" u Moskvi. To su sve prateće službe koje su neophodne i za koje se mora naći novca. Neurohirurgija ima toliki broj pacijenata i tako delikatne pacijente da zaslužuje svoju neurofiziološku laboratoriju sa aparatima za evocirane potencijale, svoju elektromioneurografiju. Nadam se da ću doživeti da se uvede muzikoterapija, koja je, verujte, zaista korisna, pogotovo kod naših pacijenata koji su često sa poremećenom svešću, sa psihozama, strahovima... Mi jednostavno tokom rada nemamo vremena da se bavimo psihološkom stranom pacijenata. Ja mogu da im se nasmejem, da pitam kako su, ali to nije dovoljno. I taj odnos prema pacijentu uopšte bi morao biti mnogo ljudskiji nego što je sada, inače će pacijenti potpuno izgubiti poverenje u nas. Kažu često - da biste bili dobar lekar, morate biti objektivni i hladni, ali ja mislim



*Dr Grujičić sa sestrama Odeljenja:  
Uloga sestre u neurohirurgiji je mnogo veća nego u drugim hirurgijama*



da onaj lekar koji nema emocija ne treba uopšte da bude lekar! Ne može meni da bude svejedno šta će biti sa bolesnikom. Posle porodice pacijenta, hirurg je taj koji drhti nad njegovom sudbinom. Po mom mišljenju, to je normalno, i tako treba vaspitavati budućeg lekara od prve godine fakulteta.

### Broj pacijenata sa malignim tumorima se povećava. Kakvo je stanje u neuroonkologiji i kako se ono može unaprediti?

Da, vidljiv je porast malignih oboljenja u našoj zemlji, naročito kod mladih ljudi. Uskoro u Nemačkoj treba da bude objavljen rad jedne moje kolegice - u pitanju je epidemiološka studija malignih tumora CNS-a kod dece u našoj zemlji, u kojoj je definitivno dokazan statistički porast poslednjih godina.

Apsolutno je neophodno da Klinički centar Srbije dobije svoju radioterapiju, ne samo da pacijenti ne bi išli na zračenje iz Beograda za Kladovo, kao što sad idu, već i da bi se rasteretio Institut za radiologiju i onkologiju, koji zaista radi punom parom. Ta radioterapija mora imati najsavremenije radioaparate, i to dva linearna akceleratora sa dodatkom za stereotaksično zračenje (to su Novalisovi robotički sistemi, koji krajnje precizno mogu da zrače bilo koji deo na telu) i, naravno, neprevaziđen za centralni nervni sistem, gama nož. Maligne bolesti, kao što je ne jednom rečeno, više nisu bolesti od kojih mora da se umre, to su bolesti sa kojima se sada živi – uz zračenje, hemioterapiju i sve nuspojave hemioterapije, ali se ipak živi. Sve više i više vidimo pacijente sa metastazama u mozgu, zato što se sve bolje leče, zato što ima vremena da tumor dođe do mozga i napravi metastazu. Dešava se da pacijent ima dve-tri minimalne promene u mozgu, i vi znate da će on od njih umreti jer ne možete na više mesta otvoriti glavu i odstranjivati metastaze, ali to možete rešiti gama nožem. Gama nož je sjajna metoda kojom se sve promene u mozgu, pogotovo one od 1,5 do 2, pa i 3 cm, sasvim lepo rešavaju. Na taj način spašavate pacijenta neurološkog deficita, produžavate mu život, ali što je najvažnije, produžavate mu kvalitetan život – da može da hoda, da radi, da ne zahteva negu cele porodice non-stop. Naši pacijenti su do skora išli u Zagreb, a Fond ih sad šalje u Istanbul. Mislim da toliko pacijenata u Srbiji ima da gama nož sigurno može da se isplati za dve-tri godine, posebno što on nije samo za onkološke bolesnike, već rešava sijaset benignih promena na mozgu koje nisu dostupne operaciji, recimo, zbog godina pacijenta. Srbiji definitivno nedostaje gama nož, a posebno zbog toga što bismo mogli dobiti i pacijente iz okolnih zemalja.

Radioterapija je još uvek veoma bitna, jer je jasno da hirurgija nikad neće rešiti problem malignih tumora. I da li se onda jedan ozbiljan tercijarni centar može tako nazvati bez radioterapije? Uopšte ne mogu da shvatim kako do sada KCS nije imao radioterapiju. I ne samo KCS, taj stereotaksični dodatak za linearni akcelerator treba da imaju i Kragujevac i Niš i Sremska Kamenica, što više radio aparata, to manje čekanja i bolje lečenje. Ne kažem da cilj Srbije treba da bude lečenje najtežih bolesnika, u terminalnoj fazi, naprotiv, apsolutno se slažem da treba ići na preventivu - uvesti u zakon da svaka žena mora da se pregleda ginekološki jednom godišnje, da svaki muškarac mora da se pregleda urološki jednom godišnje. I u sredstvima javnog informisanja, pogotovo na TV-u, mora da postoji više emisija koje će se baviti zdravstvenom edukacijom. Međutim, kada se radi o malignim tumorima mozga, tu nema prevencije, nažalost. Možete na MR otkriti glioblastom, najmaligniji tumor na mozgu, ali otkrili ga

**Ne može meni da bude svejedno šta će biti sa pacijentom. Posle porodice pacijenta, hirurg je taj koji drhti nad njegovom sudbinom. Po mom mišljenju, to je normalno, i tako treba vaspitavati budućeg lekara od prve godine fakulteta**

veličine 10 cm ili veličine 1 cm, prognoza je ista. Znamo da se u zdravom delu mozga, na 3 do 4 cm od tumorske mase nalaze sitne ćelije glioblastoma. Ranije se zračio ceo mozak, ali su svi pacijenti trpeli strašne posledice tog zračenja. I onda se zračenje smanjilo samo na tumore i prošireno ležište tumora, ali vam opet ostaju nakupine sitnih ćelija koje ne možete ničim detektovati.

Glioblastomi su se poslednjih pedeset godine lečili na isti način. Pacijent se operiše, potom sledi radioterapija i hemioterapija preparatima nitrozureje BCNU ili CCNU. Prema svetskim, a i našim statistikama, 5 do 10 odsto bolesnika preživi dve godine. Lek temozolomid koji se pojavio pre desetak godina je pokazao zaista evidentan efekat, doduše samo kod 20 - 30 odsto pacijenata. Na Institutu je u toku ispitivanje cilengitida, to je novi lek ne samo za glioblastome već i za karcinom debelog creva, pluća itd, u različitim kombinacijama sa nekim drugim citostaticima. Moram da istaknem da je temozolomid svuda u Evropi standardna terapija osim kod nas! Sve zemlje su ga stavile na listu, osim nas. Pisali smo zahteve, molili Fond da stavi lek na pozitivnu listu, ali to još uvek nije urađeno. Njegova cena je sad bitno niža, a inače on nije ništa skuplji od hemioterapije za, recimo, karcinom dojke.

### Koja su vaša iskustva sa tom terapijom?

Prvi moj pacijent koji je mogao sebi da nabavi ovaj lek je još uvek živ a operisan je pre pet i po godina, što je zaista odlično, do tada nisam imala pacijenta sa glioblastomom koji je tako dugo živeo. Inače, prvi naši pacijenti na temozolomidu nisu dobijali pravu dozu, koja je umanjena doza uz zračenje svaki dan 6 nedelja, onda se pravi pauza 28 dana i na kraju na svakih 28 dana ide terapija pet dana u povećanoj dozi, ukupno šest ciklusa. Ali su svi ti naši pacijenti, bez obzira što nisu dobili pravu dozu leka, još uvek živi.

Beogradu nedostaju bolnice ili odeljenja po kliničko-bolničkim centrima koja će primati bolesnike u terminalnim fazama bolesti, da oni ne završavaju kod kuće. Ako medicina ne može da ih izleči, onda barem može da im olakša poslednje dane - čovek ima prava na dostojanstvenu smrt! S druge strane, zašto očekivati od neurohirurgije, koja je tercijarna ustanova, gde dolaze najkomplicovaniji slučajevi, da zbrinjava terminalne stadijume? To se nekako mora raspodeliti.

### Kakva je organizacija Vašeg odeljenja?

Kod nas na odeljenju ima 36 kreveta, ukupno na Klinici za neurohirurgiju 140 kreveta, i još 30 u Urgentnom centru, jer povrede više ne primamo mi, već se sve završava u Urgentnom centru. Institut ima 30 neurohirurga, ali samo 12 anesteziologa, samo tri radiologa, nema stalnog patologa. Oko 135 sestara

pokriva rad u tri smene. Naši pacijenti su zaista specifični, često posle operacije nisu pokretni, nisu u stanju da kažu šta im smeta, ponašaju se kao bebe, a to vam je kao beba od 80 kilograma koju morate okrenuti, nahraniti, oprati, napojiti, dati kompletnu terapiju... I tu je ključna uloga sestre. Uloga sestre u neurohirurgiji je mnogo veća nego u drugim hirurgijama, jer je ona dužna da primeti da se nešto loše dešava. Zaista moram da pohvalim sestre našeg Instituta, vrlo su profesionalne i odgovorne i zaista pokušavaju da pomognu nama lekarima. To nisu žene koje rade napamet i u većini slučajeva potpuno razumeju patofiziologiju naših slučajeva i na vreme reaguju.

U ovoj kući, konkretno na mom odeljenju, sve što je renovirano i novo urađeno, finansirano je od donacija koje su dali pacijenti, njihove porodice i prijatelji zaposlenih koji su mogli da pomognu. Odeljenje sada izgleda pristojno, ali daleko je to još uvek od onoga kako bismo mi želeli da izgleda. Pri tome, evropski standardi su dvokrevetne sobe, a mi za sada ne možemo naše petokrevetne da pretvorimo u dvokrevetne.

Tendencija je se da se smanji boravak u bolnici, ali ako hoćete da smanjite broj tih skupih bolničkih dana, onda morate u blizini da napravite male hotele, da pacijenti koji su iz unutrašnjosti mogu da borave u njima. Neurohirurg s razlogom ne želi da mu pacijent odmah nakon operacije putuje kući, u unutrašnjost, već želi da mu on skinje konce, pa se tako dešava da pacijent koji je kompletno na oralnoj terapiji, koji ne prima, dakle, nikakvu infuziju, ostane u bolnici još pet-šest dana. Zar ne bi onda bilo jeftinije da se plati neki hotel, gde će uvek biti jedan dežurni lekar, a gde će pacijent moći da boravi po mnogo nižoj ceni nego u bolnici? Pa onda cenu bolničkog dana dići na nivo koji mu pripada, jer je zaista smešno koliko su niske cene čak i najskupljih neurohirurških operacija. Rad naših ruku ispada praktično besplatan, a to onda otvara mesto korupciji... Mora se platiti onaj ko radi. Ali i na rukovodeća mesta moraju da se postave ljudi koji znače nešto u struci, a ne po partijskoj liniji.

### Neurohirurzi su malobrojni ali vrlo cenjeni. Čemu treba da teži neurohirurgija u Srbiji?

Neurohirurga u Srbiji ima oko 70 i svi se međusobno dobro poznajemo jer nas ima malo. Srećemo se redovno na sastancima Neurohirurške sekcije SLD, četiri do pet puta godišnje. Polovina neurohirurga u zemlji je ovde, na Institutu, i mislim da sada već treba da se podelimo, kako se to popularno kaže "po patologiji", da odredimo ko će šta da radi. Vreme neurohirurga koji su radili sve i znali da urade sve polako prolazi. Ne samo kod nas već svuda u svetu – ljudi se određuju za određenu vrstu patologije – neko za tumore, neko za aneurizme, neko za arteriovenske malformacije, vratnu kičmu, celu kičmu, tumore kičmenog stuba, povrede... I to je nešto ka čemu neurohirurgija danas treba da teži.

Mi smo jednostavno produžetak neurologije i tako treba da posmatramo stvari. I treba svako od nas da se poveže sa određenim kolegama neurolozima, kao što kod njih neko radi neuromišićne bolesti, neko poremećaje pokreta, a neko demencije, oni su se podelili i to su pametno uradili. Naravno, zna se šta je opšta neurologija, kao i opšta neurohirurgija - svaki neurohirurg mora da reši kraniocerebralne povrede, mora da zna šta je ispravna imobilizacija kičme, mora da zna da napravi dekompresiju živca, i mora da zna da operiše hematom uzrokovan pucanjem aneurizme, da stavi klemu na vrat takve aneurizme i odstrani površne tumore. Sve ostalo treba da ide u subspecialnost.



Kongres neurohirurga 2005: Dr Goran Bićanin, Subotica, dr Vesna Simić, Cuprija, prof. Grujičić, dr Moma Jovanović, Cuprija; doc. dr Miloš Joković, ass. dr Vladimir Baščarević i doc. dr Danilo Radulović, Beograd



Dr Buda Petrović, Niš, prof. Dana Grujičić, ass. dr Vesna Novak i prof. dr Ivan Stefanović, Niš

### Kakva je situacija sa edukacijom stručnjaka i šta nam još nedostaje?

Ova klinika je, sticajem okolnosti, zanemarila slanje mladih ljudi na studijska putovanja. Nedavno je, posle mnogo godina, jedan naš mlađi kolega, asistent, bio u Bonu kod prof. Šrama da se upozna sa hirurrijom kod epilepsije. Treba, inače, uskoro da uspostavimo saradnju sa Institutom za neurologiju po tom pitanju. Zatim, stereotaksičnu neurohirurgiju ne radimo. Funkcionalna neurohirurgija, koja se takođe mora raditi u tesnoj saradnji sa neurologijom, je zamrla, radili smo je 60-ih godina kad je prof. Nagulić bio tu, pa je prof. dr Mirjana Nagulić radila sedamdesetih i osamdesetih, a sad je ne radimo, što je nedopustivo, to je strašna greška ove klinike! Indikacije za takve stvari postavljaju neurolozi, a da bi vam neurolozi poslali pacijenta, moraju imati poverenja u vas, a kako da imaju kad vi ništa ne radite iz te patologije? Ali, i stereotaksični aparat mora da se nabavi, jer je naš aparat muzejska vrednost! Stereotaksičnu biopsiju na zapadu rade i specijalizanti, a naši ni ne znaju kako to izgleda. Sad je sve to zahvaljujući kompjuterima mnogo lakše raditi, ali nam treba dobra oprema. Ponovo se vraća i psihohirurgija u svetu, a mi ni to ne radimo. Moraće, dakle, jedna grupa mladih ljudi da se usmeri prema odgovarajućim oblastima, pa da se jedni edukuju za Parkinsonovu bolest, drugi za psihohirurgiju i sl, da se sve to uvede kao rutinska metoda.

## Kakva je saradnja sa kolegama iz unutrašnjosti?

Imamo odličnu saradnju sa svim neurohirurškim centrima, a ja lično posebno sa Kragujevcem i Užicom. I sve pacijente koji zahtevaju neurohiruršku negu a stabilni su, odmah posle operacije, ako već moraju ovde da se operišu, vraćamo u Užice i Kragujevac. Takođe postoje manji neurohirurški centri u Čupriji, Boru, Subotici i Kruševcu. U Čupriji i Boru rade dva neurohirurga, međutim, Užice, Subotica i Kruševac imaju samo po jednog hirurga. Nadam se da će im Ministarstvo zdravlja dozvoliti da dobiju još po jednog specijalizanta, jer je za uspešno lečenje povreda glave i mozga veoma značajno prisustvo neurohirurga. Na kongresu u Glazgovu pre dve godine Englezi su objavili statistiku preživljavanja pacijenata sa teškom kraniocerebralnom povredom gde nije uvek neophodna operacija, u slučaju gde postoji i gde ne postoji neurohirurg u timu - i evidentno su bolji rezultati tamo gde ima neurohirurga. Otkako Užice ima neurohirurga, mi traume iz tog regiona vidimo samo jednom godišnje, kad kolegica ode na odmor. To je velika stvar. A tamo imaju i odličnu intenzivnu negu i vrlo dobar sastav lekara, hirurgija im je odlična, anestezija takođe. Imaju dobre uslove, i ne vidim šta to pacijent dobije više ovde, u Beogradu. Tu saradnju treba podržavati.

## Dobili ste nagradu za unapređenje nastave na Medicinskom fakultetu u Beogradu 2007. godine. Da li mislite da imamo fakultet prilagođen našim potrebama?

Dosta je stvari krenulo napred, pooštrili su se kriterijumi i mislim da je to dobro. Meni se Bolonja sviđa, bez obzira šta drugi mislili o njoj, jer ona zahteva da studenti uče redovno, i zaista veliki broj studenata završava svoje obaveze u roku. Uvedene su i brojne novine u nastavu. Sledeće godine ćemo imati prvu generaciju studenata koji će raditi staž na fakultetu. Prvih šest meseci klinički staž se odvija na fakultetu, to je njihov 12. semestar, i onda imaju još šest meseci u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Dobila sam nagradu za uvođenje dva predmeta (Osnove kliničke prakse I i II) - ideja je bila da se studenti od prve godine uvedu u bolnicu - da vide kakav je način prijema u bolnicu, način obrade pacijenta za operaciju, šta je istorija bolesti, koji se formulari popunjavaju, koje podatke uzimate od pacijenta, kako ih uzimate od pacijenta koji je svestan a kako od onog koji je poremećenog stanja svesti i sl. Međutim, studenti su već nakon dve godine počeli da negoduju što im je program suviše skroman - hteli su da nauče više, pa smo mi program I i II godine sabili u jednu godinu. I zaista, oni već na prvoj godini, naravno uz nadzor profesora, prvo na fantomima a posle i na pacijentima, daju muskulame injekcije, prođu kompletnu negu bolesnika. Na drugoj godini već krećemo sa hirurškim instrumentima, kako se stavlja šav, kako se sterilije materijal, kako se skidaju konci, kako se peru ruke, kako se ponaša u hirurškoj sali, tako da svaki student već na drugoj godini ima priliku da shvati šta je to hirurški rad. Broj časova je određen, ali je studentima na volju da li će odraditi to pre podne, kad im je rečeno, ili će doći kod svog profesora ili asistenta u dežurstvo i ostati ceo dan. Na kraju svake akademske godine sprovodimo anonimnu anketu među studentima i njihovi utisci se naravno razlikuju, ali moram da priznam da su slučajevi nezadovoljstva ipak sporadični. Dobra stvar ovakvog programa je što se odmah prepoznaju studenti koji su nešto naučili. Naši studenti su, inače, zaista sjajni, i uvek mi oni sa prve i druge godine vrate veru - i u narod i u zemlju i u svet.

## Vreme neurohirurga koji su radili sve i znali da urade sve polako prolazi. Ne samo kod nas već svuda u svetu – ljudi se usmeravaju prema određenim oblastima, opredeljuju se za određenu vrstu patologije

Prof. Grujičić odedavno se nalazi u Bazi stručnih žena Srbije, koju je formirala Ženska vlada sa željom da ukaže na impresivan potencijal ženskog dela srpske populacije. Baza sadrži podatke o ženama koje svojim radom, znanjem i profesionalnim rezultatima značajno doprinose razvoju društva. Pitali smo našu sagovornicu na koji način angažovanje u ovakvim projektima može doprineti poboljšanju stanja u srpskom zdravlju.

- Mene je Ženskoj vladi preporučila moja mlada kolegica Vesna Vuković, inače zaista sjajan radiolog. Umesto nekoliko reči o sebi, napisala sam da mi je želja da se jedan od mojih budućih projekata, uvođenje radioterapije u KCS, ostvari zajedno sa Ženskom vladom i svim nadležnim institucijama. Njima se to svidelo i ponudile su mi pomoć, nadam se da ćemo uspeti nešto da uradimo. S druge strane, imam verbalnu podršku i direktora KCS doc. dr Đorđa Bajeca, koji isto tako smatra da KC apsolutno treba da ima radioterapiju. Ako je predsednik države potpisao plan "Srbija protiv raka", možda i on može pomoći. Ako je Srbija protiv raka, pa dajte da se taj rak leči!

## U čemu je, po Vama, budućnost neurohirurgije?

U svakom slučaju, u što manjem broju kraniotomija. Verovatno gama nož, endovaskularna hirurgija, ali i klasična mikrohirurgija. Inače, pomalo muku mučimo sa instrumentarijumom, to bismo morali da nabavimo, jer naš instrumentarijum je jako skup, mikromakaze ne možete koristiti pet godina, a za to nema razumevanja.

Budućnost neurohirurgije je verovatno i u neuroonkološkoj službi koja će imati radioterapiju i hemioterapiju i dečju onkologiju CNS-a, ja duboko verujem da sve to treba da bude na jednom mestu, ili bar da se način rešavanja problema neuroonkoloških bolesnika diktira u jednom mestu. Mora da postoji hijerarhija. Ako imate u celoj Srbiji deset slučajeva godišnje nekog tumora određene vrste, on ne može da se leči na pet mesta. Neka se radi u Nišu, ali tamo će da se radi kako treba. I samo tamo.

Drugo, dolaskom promena u društvo, počela je da se menja i naša medicina. Čim novac uđe u medicinu, automatski se indikacije za određene vrste operacije proširuju. Ne govorim o onkologiji, jer tu se zna šta mora da se operiše, već o degenerativnim bolestima kičme. Bojim se da smo mi, kao i mnoge kolege na zapadu, potpali pod taj uticaj da obavezno svi pacijenti koji imaju degenerativnu bolest moraju da se operišu. Ja važim za vrlo konzervativnog hirurga, možda nekad nisam u pravu, ali nažalost godine koje prolaze obično pokazuju da smo mi konzervativniji bili u pravu. Kad su u pitanju degenerativne bolesti kičme, mislim da pacijent treba da odluči da li će se operisati ili lečiti na neki drugi način. Moje iskustvo govori da pacijent uvek dobro odluči.

Kod degenerativnih bolesti kičme treba odlično znanje iz neurologije, jer bol u kičmi može biti znak mnogo različitih neuroloških bolesti. I opet dolazimo do zaključka da bi neurologija i neurohirurgija morale na neki način da budu objedinjene, uz maksimalno razumevanje. Neka bliža saradnja, pa možda i u okviru iste zgrade, mislim da bi to bila budućnost u Srbiji. ■

# Lekarska greška: istina i zablude

Dr Predrag Urošević,  
Melburn, Australija

Lekarska greška je uvek teška, kako za pojedinca tako i za društvo, međutim to je uvek samo vrh brega, skup brojnih malih koraka koji obično nagoveštavaju neki veći incident u lečenju, odnosno sistemski nedostatak u procesu lečenja sa katastrofalnim posledicama

Očigledno je da je pojedinac, odnosno lekar, taj koji donosi odluke. Zato je i razumljivo da je pažnja javnosti uglavnom koncentrisana prema lekaru kao primarnom nosiocu odgovornosti i odlučivanja u procesu lečenja. Međutim, nesporno je, a o tome postoji konsenzus u literaturi, da su u procesu lečenja lekarske greške ipak, veoma često, rezultat kombinacije sistemskih i individualnih grešaka (Murphy et al 2007).

Pregled literature takođe navodi na zaključak da su sistemske greške uglavnom odraz nepostignutih optimalnih standarda i kvaliteta zdravstvene organizacije. Međutim, interesantno je da su greške lekara, uprkos visokom standardu zdravstva zapadnog društva, i dalje predmet žustre polemike i naučnog istraživanja u pomenutim sredinama.

Za zemlje u razvoju i postkomunistička društva, nažalost, ne postoje relevantne informacije u literaturi o odnosu i značaju sistemskih grešaka kao uzročnika lekarske greške. Ovaj članak je pokušaj da se sistemski faktori (propusti) u našem zdravstvu, kao što su standardizacija i organizacija zdravstvene službe, dovedu u uzročno - posledičnu vezu sa lekarskim greškama i njihovom pravnom kvalifikacijom, i time izbegne stroga dualistička kvalifikacija profesionalne greške na relaciji od naučno-medicinske do čisto pravne. Između njih je neizbežna realnost vremena u kome živimo i (ne)mogućnosti medicine, zdravstva i društva uopšte.

Kada je reč o standardizaciji u zdravstvu, važno je apostrofirati da ona nužno anticipira jasno definisane društveno-ekonomske odnose i status lekara, kao i svih ostalih uključenih u zdravstvenoj industriji. Postignuti standardi odražavaju vrednosni sistem u svakom društvu, pa i u zdravstvu. Standardi lečenja i prevencije, etički kodeks i, na kraju, zakonske mere kao najgrublji regulatorni okvir tih standarda, jesu važna merila i parametri postignutih društvenih vrednosti. Očigledno je da se proces promena u zdravstvu odvija kao refleksija procesa promena u društvu (Anderwood 1986).

Uopšteno govoreći, analiza uzroka greške je vrlo složena, pošto je lekarska greška često inherentna sistemskom procesu pružanja medicinske nege, pa je posledično tome i lekarska greška karika u lancu timskog rada koji se naziva zdravstvena usluga. Drugim rečima, radi se o mnogo širem i kompleksnijem problemu nego što se na prvi pogled misli, i doseže samu strukturalnu disfunkcionalnost i lošu komunikaciju zdravstvenog sistema (Weinberg 2000).

## Nesavestan i nestručan postupak - malpraksa

Medicinska greška kao individualni čin je manifestovana od strane lekara ili nekog drugog zdravstvenog radnika i sadrži bitan element odgovornosti, a u svom krajnjem ishodu je određena pravnim normama, tj. zakonom. Međutim, pravno gledano, ako se izuzme grubo nesavesno lečenje, lekarska greška je više apstrakcija nego pravni pojam, pošto je teško locirati i kontekstualno definisati krivicu i odgovornost prekršioca. Ovde verovatno leži suštinska konfuzija koja egzistira već duže vreme u mnogim društvima, uključujući i naše. Naime, pravna nauka ima brojne izraze i termine kojima se stručne, odnosno medicinske greške definišu kao nesavesno lečenje, nepropisno medicinsko postupanje, manjkavost u izvršenju pravno preuzetih obaveza u lečenju itd, ali svi ovi pojmovi se mogu podvesti pod pojmom nekorisne i štetne radnje u procesu lečenja koje se odnose na neki konkretan slučaj.

U našem zakonu ne postoji sistematizacija grešaka koja bi bila konzistentna i adekvatna za primenu pravila odštetnog i krivičnog prava. Naime, sa pravnog aspekta lekarska greška uglavnom implicira kršenje dužnosti lekara, bilo u smislu standarda dužne pažnje prema lekarskoj struci, bilo odnosa prema pacijentu. Zakon o zdravstvenoj zaštiti poznaje samo pravo za naknadu štete zbog stručne greške zdravstvenog radnika, član 40, ali ne predviđa postupak i način ostvarenja prava na naknadu štete, već upućuje na opšta pravila o odgovornosti za štetu (u smislu odredaba Zakona o obligacionim odnosima, član 18, st. 2). Prema ovom Zakonu, uveden je pojam pažnje dobrog stručnjaka kao standard njegovog ponašanja u medicinskoj praksi. Nažalost, ovaj standard nije fiksni pojam i često zavisi od kontekstualnih okolnosti i standardizacije u zdravstvu i medicinskoj praksi. Isti zakon takođe predviđa da se stručna greška utvrđuje u disciplinskom postupku pred nadležnim organom Lekarske komore.

Statut i Kodeks Lekarske komore Srbije u članu 48. postavlja jasnu razliku između nesavesnog i nestručnog ishoda lečenja s jedne strane, i neželjenog ishoda lečenja s druge strane. Ovo je ujedno ugaoni kamen na kome se zasniva eventualna lekarska odgovornost za ishod lečenja. Pod pojmom savestnosti podrazumeva se svestranost i potpunost u odnosu lekara i pacijenta u toku lečenja.

Dakle, lekar ne može da odgovara za nepovoljne efekte lečenja pacijenta ako je svoju praksu vršio sa dužnom pažnjom i u okviru standarda svoje profesije. Znači, pored medicinsko-naučnog definisanja i objašnjenja profesionalne greške, postoji i pravni aspekt koji taj isti problem tretira kao protivpravnu radnju, u smislu krivične odgovornosti lekara ili pokretanja protivpravne odštete (Radišić, Lekarska greška). Međutim, da bi se odredila stvarna granica stručnih grešaka, i njihove prihvatljivosti i dopuštenosti u pravnom smislu, one moraju da se analiziraju kontekstualno, uzimajući u obzir sistemske propuste i disfunkcionalnost svakog zdravstva u kome se ta greška desila. Ova činjenica vrlo relativizuje pojam "standard lečenja", kojeg je lako definisati teoretski i dati mu

ogoljeno pravno tumačenje, međutim, u praktičnom smislu ne može se primeniti kao meritorni standard, već takođe zahteva kontekstualno određenje za dati slučaj.

Websterov medicinski rečnik (2008) jasno potvrđuje kontekstualnu dimenziju standarda lečenja, ostavljajući tužiocu da u procesu suđenja jasno definiše šta je to odgovarajući standard lečenja sa pravnog aspekta u datom slučaju i okolnostima, dok u nemačkoj sudskoj praksi sudski veštak pomaže da se utvrdi šta je to dobra medicinska praksa, odnosno, standard lečenja (Schreiber 1995), ali sud daje konačnu reč u odnosu na svaki konkretni slučaj.

Treba imati u vidu da svaka bolest ili operacija imaju svoj relativno stalni procenat nepovoljnog ishoda lečenja, koji ne zavise čak ni od najoptimalnijih standarda medicinske profesije. Ovaj procenat može da se poveća, u zavisnosti od kontekstualnih dešavanja, ali ne i obrnuto. Razlog za ovo leži u nesavršenosti kako medicine tako i ljudskog bića. Na kraju, u Kodeksu je istaknuto da je lekar, u granicama svoje stručne osposobljenosti, samostalan i nezavisan, tako da je za svoj rad odgovoran pred svojom savešću, bolesnicima i društvom.

## Da li je i kada lekarska greška zaista individualna odgovornost

U lekarskoj praksi gotovo da nema lekara koji nije napravio grešku. Individualna performansa lekara je predmet svakodnevnog kontekstualnog dešavanja, i lako je uočiti da su dužna pažnja i standardi vrlo promenljive veličine koje se teško mogu konkretizovati, odnosno evaluirati u konkretnom slučaju. Još teže je njihovo pravno tumačenje u smislu krivične odgovornosti ili eventualne protivpravne odštete.

Uzmimo za primer kvalitet zbrinjavanja pacijenata povređenih u saobraćajnim udesima. Za ovu problematiku, izuzetno sofisticiranu medicinsku praksu (ATLS - *Advanced Trauma Life Support* procedura), potrebno je imati široku bazu lekara na teritoriji cele Srbije, obučanih i edukovanih za tretiranje traumatskih pacijenata. Srbija je jedna od retkih država na Balkanu koja nema dati protokol ATLS. Zatim, sve veće bolnice trebalo bi da imaju 24-časovne dijagnostičke službe opremljene sa CT skenerima i ostalom opremom za adekvatno tretiranje traumatskih i svih urgentnih pacijenata. Takva služba je raritet u Srbiji uprkos brojnim kupljenim CT aparatima.

Najiskusniji lekar biće u zoni visokog rizika i stresa kada se radi o traumatskim pacijentima ako nedostaju pomenuti bazični standardi lečenja. Da li onda možemo da zamislimo manje iskusne lekare u ovakvim situacijama, u manjim bolnicama u Srbiji, ostavljene da se bore sa sopstvenim stresom i najkompleksnijim medicinskim problemima, gde je prvi sat u tretmanu, a katkada i minuti, odlučujući za sudbinu pacijenta? Pridodajmo ovome faktore umora, neispavanosti, društvenog nezadovoljstva i frustracija, neorganizovanosti i slabe akademske interpersonalne i sveopšte komunikacije. Da li je to individualna ili sistemaska greška?

Standardi stručnosti podrazumevaju, isto tako, da lekari imaju višestruke obaveze i odgovornosti prema porodici i sebi samima. Svaki lekar ima moralnu obavezu u pridržavanju sopstvenih vrednosti, razvijanju sopstvenih talenata i očuvanju sopstvenog zdravlja (Lo 2005).

Imajmo u vidu važnu činjenicu da i najsavremeniji zdravstveni sistemi u svetu nisu pošteđeni lekarskih i medicinskih grešaka. Npr. u SAD se preventibilne medicinske greške, koje se dogode u bolnicama godišnje (2001, 2002, 2002), procenjuju na oko 195.000 (Litigation/Medical Practice article 2004). I pored toga, medicinska profesija je veoma visoko cenjena u SAD i dostiže svetski vrh po kvalitetu i standardu medicinskih usluga. Slično ovome, australijska vlada je sprovedla jedno istraživanje u tri bolnice (NSW) u periodu od šest meseci, objavljeno u "The Sydney Morning Herald" 2001. godine, i došla do rezultata da je 66 ljudi izgubilo život, iako se ova užasna statistika mogla sprečiti da se reagovalo dovoljno hitno i profesionalno (Robotham 2001).

Nesavesno lečenje, kao posledica grube nepažnje, a takvih situacija je malo, bez sumnje, prouzrokuje ozbiljno pogoršanje zdravstvenog stanja. Ono bi trebalo, svakako, da bude predmet krivične ili etičke odgovornosti. Međutim, u kontekstu mnogobrojnih sistemskih, socijalnih i društvenih faktora, njihova evaluacija je često vrlo nezahvalna.

## Sistemske greške u zdravstvu su realnost svakog društva

U svakodnevnoj praksi malpraksa se uglavnom odnosi na nesavesno lečenje. Pri tome, lekarska savest, koja podrazumeva svestranost i potpunost u odnosu lekara i pacijenata u toku lečenja (Lekarska komora Srbije 2006), isto tako, najmanje zavisi od njegove lične moralnosti.

Dakle, lekar ne može da odgovara za nepovoljne efekte lečenja pacijenta ako je svoju praksu vršio sa dužnom pažnjom i u okviru standarda svoje profesije. Međutim, dužna pažnja, profesionalni standardi i stručna osposobljenost, već smo videli, su kontekstualni pojmovi i kao posledica toga zavise od mnogih drugih sistemskih faktora, odnosno opšteg društvenog ambijenta, kao što su: sistemaska komunikacija, standardi lečenja, osposobljenost lekara za različite intelektualne i fizičke napore i stres, tehnološka opremljenost, organizacija posla itd. Shodno tome, lekarska nezavisnost i samostalnost su za mnoge doktore samo stiliska figura koja lepo zvuči. Nije li doktor žrtva jednog nerešenog sistemskog konflikta, koji umesto da počne da se rešava, dobija dimenzije društvenog spektakla?

Mnogi autori ističu činjenicu da čak i u kompleksnim i visoko tehnološkim zdravstvenim sistemima greške treba prihvatiti kao prirodni fenomen (Slavin et al 2001). Dr Weingart, direktor centra za bezbednost pacijenta pri "Dana-Farber" institutu za maligne bolesti (2000), apstrahujući individualne greške kao jednu važnu stranu problema, napominje da su sistemski uzrokovane greške realnost zdravstvenog sistema i, ako nismo u stanju da slobodno raspravljamo o njima, nećemo nikad izvući pouke iz njih. U tom smislu, zajednička komisija za akreditaciju zdravstvenih ustanova u SAD (2000) ističe da je sistemaska medicinska greška u suštini globalni informacioni problem.

Dakle, čak i u visoko standardizovanim zemljama, rešenja u cilju smanjenja lekarskih grešaka su fokusirana na populacionom nivou u smislu standardizacije rešenja, kao što su: protokol praćenja grešaka, kako u bolnicama tako i šire, analiziranje i kultura referisanja lekarskih grešaka, ali koja će





biti lišena politike "skidanja skalpa" lekarima. Suštinsku ulogu u ovome treba da imaju stručna tela - profesionalna lekarska udruženja, kao i ministarstvo zdravlja, koja će sprovesti adekvatne mere i standarde u cilju zaštite i bezbednosti pacijenta, ali i lekara.

Ono što je ključalno za sistemski uzrokovanu grešku u lekarskoj praksi je njen potencijal za preventivnu i edukativnu ulogu koja se odnosi na individualne greške. Društveni ambijent, u smislu tolerancije prema greškama, efikasno redukuje i prevenira greške lekara u procesu lečenja (Murphy et al 2007).

U osnovi ove tvrdnje je prosta činjenica da otvoren i civilizovan razgovor o greškama u procesu lečenja kreira povoljan društveni ambijent koji omogućava radikalnu analizu uzroka medicinske greške. Suprotno, greške o kojima se čuti i koje se prikrivaju samo doprinose ponavljanju istih grešaka i kreiranju nepovoljnog društvenog ambijenta. To može da proizvede pozitivnu povratnu spregu u već

nezreloj komunikaciji u društvu i zdravstvu, odnosno haos. Najupečatljiviji primer ovog haosa je tvrdnja, odnosno nedavna kampanja na našoj televiziji o misterioznom nestanku (krađi) organa, optužujući hiruršku ekipu jedne eminentne bolnice za kardiovaskularne bolesti.

Da bi se ovakve ružne i neprihvatljive društvene pojave izbegle, 2005 g. senator (u to vreme) Barak Obama je predložio osnivanje nacionalne agencije za prijavljivanje lekarskih grešaka, kao i program kompenzacije pacijenata kroz pregovore i nagodbe između lekara i pacijenta. Ovim bi se, predlagač se nada, smanjio broj zakonskih tužbi i stišale društvene tenzije koje lekarske greške, potpomognute medijima, proizvode.

## Sistemski problemi u srpskom zdravstvu - malpraksa državnog zdravstva

Neverovatno je kako je naše društvo oduzelo lekarima i drugom medicinskom osoblju pravo mogućnosti na grešku. Od lekara i ostalog zdravstvenog osoblja se očekuje najveći stepen moralnosti, požrtvovanja, stručnosti i entuzijazma. Sa druge strane, svedoci smo da naše društvo skoro dve decenije živi u bedi, nemaštini i sveopštoj eroziji morala. Kako je moguće da se u isto vreme, u istom društvu, u istim istorijskim okolnostima očekuje takav paradoks?

Klinička praksa kod nas je bazirana na tradicionalnoj medicini koja vodi poreklo iz Francuske na zalasku XIX veka. Ona je strogo objektivna i paternalistička i kao takva zamišljena je da korespondira tehničkim aspektima ljudske bolesti, dijagnostici bolesti i lečenju, više nego što se bavila značenjem bolesti, tj. pacijentovim unutrašnjim svetom koji ta bolest kreira.

Međutim, još važniji aspekt ovakve kliničke prakse je veoma zastarela organizacija zdravstvene službe koja ne odgovara sadašnjem vremenu visoke tehnologije i informacije. Posledica ove inkompetentne organizacije zdravstvene službe je upletenost sistemskih grešaka i ozbiljan nedostatak savremenih standarda u procesu lečenja pacijenata. Ovaj nedostatak suštinski utiče na dalji proces kontinuirane edukacije, pogotovo mladih lekara kojima nužno treba povoljan klinički ambijent za sticanje neophodnog iskustva i znanja. Ovaj klinički ambijent je više nego skroman, što je verovatno posledica nepostojanja efikasnih mehanizama zaštite prava, kako lekara tako i pacijenata. Po Mc Whinney-u, medicina je uvek refleksija vrednosnog sistema datog društva kome ona služi (1986). Dakle, sistemske greške reflektuju naš odnos i percepciju vrednosnog sistema. One su ugrađene u našem zdravstvenom sistemu, a posledica njihove disfunkcionalnosti na populacionom nivou su više nego tragične.

Da je McWhinney u pravu, govori mnoštvo propusta u našem zdravstvu upravo na globalnom nivou. Očigledni primeri malprakse na društvenom nivou su brojni, međutim, dovesti u direktnu vezu sistemske propuste zapadnog sa našim zdravstvom je složeniji proces. Naime, naše zdravstvo je bazirano više na specijalističkim službama, za razliku od zapadnog, čija se zdravstvena praksa oslanja dobrim delom na primarnu zdravstvenu zaštitu.

(nastaviće se)

# Stvar poverenja

Rešavanje problema pacijenata predstavlja osnov medicine. U razgovoru sa dr Slobodankom Ristić, direktorkom privatnog Doma zdravlja "Dr Ristić" u Beogradu, otkrivamo motive i načine da se od te, osnovne stvari, dođe do organizacije sistema koji je potpuno posvećen mnogo širem razumevanju svakog pojedinca koji se obrati za pomoć. Kako zaista izaći u susret potrebama, a ne rešavati probleme kada se pojave je, po svoj prilici, pitanje koje dovodi do uspeha

- Oduvek sam bila izraziti individualac u poslu, sve vreme dok sam radila u hitnoj pomoći i kućnom lečenju, čak i kada sam počela da radim u privatnoj praksi, radila sam praktično sama. Danas je to sve izraslo u jedan relativno složen sistem, broj ljudi se stalno povećava i moram priznati da je najteže održavati stalnu komunikaciju sa ljudima, to je veliki izazov, iz više razloga. Pre svega, neophodno je biti u dodiru sa svojim zaposlenima da biste u njima prepoznali potencijale i omogućili im da se razvijaju. Mi, recimo, imamo preko četrdeset medicinskih sestara, od kojih je svaka kao ličnost posebno nadarena za određeni segment svog posla – neka je savršena za komunikaciju sa ljudima, druga je veoma dobra u davanju injekcija, treća je odlična za uređenje prostora. Samo ako im dobronamerno pridete, prepoznate talenat koji imaju i omogućite im da se time bave, unapredićete i njih i ceo sistem.

bude pod stalnim nadzorom, smešten u neku instituciju za brigu o starim licima. Da biste na to mogli da odgovorite, morate da budete upućeni u celokupnu situaciju, ali i da znate kakav je to dom, kakva je tamo situacija, ili je pacijent možda za bolnicu. U svakom slučaju, baveći se medicinom davno sam shvatila da je bitno da ljudima "zatvorite krug". Kad postavite dijagnozu, odredite terapiju, pa usmerite lečenje, a zatim i odredite kada će i kako otići do bolnice i šta posle toga, i na kraju im pružite i verbalnu i psihološku podršku, to je krug. Da biste to mogli, neophodno je da imate mnogo informacija i da budete posvećeni poslu. Ili ga radite kako treba, ili ga ne radite. To znači da nema izgovora, umora, neraspoloženja, prosto morate da se bavite svojim poslom sto posto. Tako razmišljajući, dogovorila sam se sa koleginicama da napravimo našu ordinaciju koja bi se bavila kućnim posetama i kućnom negom, međutim, nisu me zaista ozbiljno shvatile i odustale su od te ideje. U tom trenutku, kao društvo i institucija smo došli u situaciju da pacijentima nemamo šta da ponudimo osim reči - da obidemo nekoliko pacijenata i da ništa ne možemo da uradimo za njih osim da ih saslušamo. Tada sam prešla da radim kao saradnik u jednoj privatnoj ordinaciji, koja se u međuvremenu zatvorila. Radeći tamo shvatila sam da posedujem sva neophodna znanja da počnem sama da radim. Bukvalno sama, imala sam jedan stari "jugo" i još stariji EKG aparat i radila sam iz svog stana. Kasnije mi se priključio suprug i vremenom je posao rastao. Bilo je sve više i više pacijenata, posao se razvijao, tako da danas Dom zdravlja "Dr Ristić" zvanično ima 151 zaposlenog, od čega 68 lekara, od kojih su tri u upravi.



Dr Slobodanka Ristić

## Kako ste krenuli u privatnu praksu?

Bila sam zaposlena kao građansko lice u Vojsci, na kućnom lečenju, zajedno sa još tri kolegjinice. Tada sam videla koliko je ljudima koji su sami i bolesni potrebno pomoći. Ne samo da napravite pregled i date im terapiju, nego i da saslušate njihove životne probleme, da im pomognete savetom po potrebi. To se odnosi i na situacije kada vas, recimo, sin ili ćerka pacijenta pitaju da li mu je potrebno da

## Kakva je vaša tehnička opremljenost?

Medicina je skupa, uvek je bila skupa. Mi smo veoma lepo opremljeni, sada imamo, recimo, 14 ultrazvučnih aparata. U svim našim ordinacijama imamo EKG. EKG snimanje se obavlja u sklopu svakog opšteg i internističkog pregleda i ne naplaćuje se dodatno. U ovom momentu, moja vizija je da ni ultrazvučne preglede koji se obave u sklopu oštećenja ili internističkog pregleda ne naplaćujemo. To bi trebalo da bude osnovno sredstvo za obavljanje našeg posla i težimo da i to bude besplatno za pacijente. Sa druge strane, sve što kupujemo, kupujemo bez kredita. Sa dobavljačima se dogovorimo o dinamici isplate i oni se slažu sa tim, jer znaju da mi sva svoja dugovanja izmirujemo. I to je stvar poverenja, ono na čemu smo zasnovani. Pri tome, niko nam nije pomogao, ni političke stranke ni država.



### Školovanje svojih lekara zvuči veoma ambiciozno. Kako vidite odnos potreba i mogućnosti za edukaciju i usavršavanje?

Sve je to ulaganje, osnovno ulaganje u ljude. A ti ljudi moraju da rade na nečemu, dakle, ulažemo i u opremu. Kupili smo rendgen aparat, mamograf, imamo takoreći savršenu laboratoriju. I na sve to, trudimo se da ispunjavamo sopstvene standarde, koji su veoma visoki. U tom segmentu, kao ustanova se okrećemo ka državi tražeći da nam prenese standarde koji važe u EU, jer oni raspolažu tim informacijama do kojih mi sami dosta teško dolazimo, preko ličnih kontakata. U ovom trenutku sprovodimo i interno i eksterno usavršavanje. Jedna od naših zaposlenih, dr Mirjana Isailović, specijalista urgentne medicine, koja je radila u hitnoj pomoći i držala kurseve za usavršavanje medicinskog osoblja, sada to radi kod nas. Pre nekog vremena kupili smo lutku, Anu, koja služi za kurseve prve pomoći za najširu populaciju, a pre dva meseca smo kupili i lutku Keli, koja omogućava neverovatan kvalitet edukacije - na njoj je moguće prepoznati tipove disanja, srčanog rada, a sestre na njoj mogu da vežbaju tehnike za vađenje krvi, aplikaciju injekcija i sl. Upravo je završen jedan ciklus ponovne obuke za pružanje prve pomoći i prepoznavanja nekih opasnih stanja kod pacijenata, paralelno smo sprovodili vežbe na lutki i teorijska predavanja i uskoro sledi testiranje. To testiranje će da odredi dalji rad naših sestara, pomoći će nam da odredimo specifična zaduženja za svaku od njih. Pored toga imamo i jaku ekipu iskusnih lekara. Trećinu naših lekara čine specijalisti koji prenose praktična iskustva, trećinu lekari srednje generacije, a jedna trećina su mladi lekari koji su u obavezi da prolaze interna predavanja, kao i eksterne edukacije, nakon čega bivaju testirani. Od ove godine finansijski smo u mogućnosti da ih šaljemo i u inostranstvo na edukaciju, što je veoma značajno. U tome su nam pomogle pojedine farmaceutske kuće, koje su kod nas prepoznale interes i mogućnost da se uključe. To na neki način svedoči i o razvoju tržišta medicinskih usluga, o promenama koje se dešavaju.

**Velika je sreća za mene što radim sa mladim ljudima, pravo je zadovoljstvo videti nekoga ko se iskreno raduje svim unapređenjima i mogućnostima koje se otvaraju**

Danas sam posebno ponosna na to što pacijentima možemo mnogo da pružimo, 365 dana u godini. Od 8 do 21.30 časova svakog dana pregledi i ostale dijagnostičke procedure mogu se obaviti u prostoru Doma zdravlja, a od 00-24 pružamo terenske usluge, imamo telefon na koji se ljudi javljaju i lekare koji dežuraju. Pri tome, uvek smo se trudili da obezbedimo da pacijenti znaju tačno šta mogu a šta ne mogu da dobiju u našoj kući i naročito po kojoj ceni. Poverenje je najvažnija stvar i to je poruka na kojoj je ova kuća zasnovana. Stvar poverenja. A kada se menja cena usluga, uvek se menja tako da mi podnosimo veći teret od pacijenata, jer ovaj posao ne može da se radi kako treba ako je novac glavni motiv.

Kao što sam već rekla, u početku sam radila sama, iz svog stana, a porodica mi je pomagala, primali su pozive. Kada sam nabavila pejdžer, to je bilo čudo. Kasnije sam išla na spavanje sa dva telefona i reagovala sam i išla po pozivu i u 2 i 3 časa izjutra, sama, u bilo koji deo grada. To mi stvarno nije bilo teško jer volim taj posao.

### Kako Vi vidite odnos državne i privatne prakse, odnosno odnos države prema privatnoj praksi?

Pre svega, ja zdravstvo ne delim na državno i privatno. Dobrodošla je svaka saradnja, a odgovornost je suština svakog odnosa. Mi smo naše pacijente pridobili odgovornim odnosom, svakoga dana usluge našeg Doma zdravlja koristi preko 400 pacijenata, ne računajući laboratorijske preglede. Pri tome, svaki pacijent koji nama plati uslugu, a osiguran je, u stvari čini uštedu RZZO time što od njega ne naplaćuje uslugu koja je pružena od nas. Sa druge strane, mi zapošljavamo mlade lekare, često imamo otvorene konkurse, tako smo i došli do broja od 68 zaposlenih lekara. Država je finansirala njihovo školovanje, a dalje usavršavanje su finansirali sami, odnosno, finansirali smo ga mi.

Mi naše ljude šaljemo na specijalizacije. Ove godine smo četvoro kolega poslali na subspecijalizaciju a jednu doktoriku na specijalizaciju. Za jesen planiramo još devetoro. I sve to mi plaćamo, nemamo nikakve olakšice ni od koga, a to nisu mali troškovi. Sa te strane, ne mogu da kažem da se država ponaša odgovorno prema privatnom sektoru.



**Pomenuli ste odgovornost, kao jedan od temelja za stvaranje baze vaših pacijenata. Na koji način u praksi još izlazite u susret njihovim potrebama?**

Pre svega, navikavamo ljude da dolaze na sistematske i specijalističke preglede, poput ginekoloških ili pregleda dojke. Recimo, naučili smo ljude da oftalmološki pregledi nisu samo određivanje dioptrije nego i merenje očnog pritiska. Sve to

Dom zdravlja "Dr Ristić" danas radi u hiljadu kvadratnih metara, a da ih imamo još hiljadu, bez problema bismo ih popunili, samo nam nedostaju sredstva za investiranje. To nam je jedan od ciljeva u narednom periodu.

Ovo je prava porodična firma – moj pokojni suprug, koji je bio izuzetan lekar, je mnogo učinio da se razvijemo na pravi način, a moj sin, koji je inženjer elektrotehnike, danas vodi naše finansije i informacioni sistem. Ceo taj sistem je naravno povezan i sa kol - centrom, kompletna komunikacija i dokumentacija se vode elektronski. U svemu tome, ključna je transparentnost. Kod nas nema tajni. Jedino tako, uz iskrenu želju da se radi i napreduje, maksimalnu otvorenost i dobru organizaciju, moguće je da imamo rast kakav imamo. A mi rastemo oko 30 odsto godišnje. To znači da smo stalno u investicionim ciklusima. Prevedeno na jezik brojki, bolje bismo finansijski stajali da se zadržimo na određenom broju pacijenata. To nas vraća na početak - ovaj posao ne može da se radi kako treba ako je novac glavni motiv.



Call centar

**Morate biti u dodiru sa svojim zaposlenima da biste u njima prepoznali potencijale i omogućili im da se razvijaju, a time ujedno unapredili ceo sistem**

spvodimo kroz mesečne akcije – svakog meseca imamo posebne popuste i akcije za određene tipove pregleda.

**Na koji način sprovodite kontrole procesa u ustanovi?**

U kontroli radnog procesa u postupku smo uvođenja ISSO standardizacije. Odavno imamo interne protokole, a svaka specijalnost ima jasne standarde za pisanje lekarskih izveštaja. Standardi za specijalističke službe pravljeni su po svim pravilima dobre medicinske prakse. Od samog starta učimo naše lekare da je urađeno samo ono što je zapisano. Pisani dokument mora da postoji kao rezultat svakog procesa koji se kod nas odigrava. U ovom momentu razvijamo i softver koji će omogućiti da centralizovano vodimo evidenciju nalaza i procedura.

U smislu kontrole finansijskog poslovanja ranije smo imali eksterno knjigovodstvo, a od pre nekog vremena prešli

Vođenje bilo kakvog posla podrazumeva znanja i veštine menadžmenta. Ja nisam prolazila nikakvu formalnu edukaciju tog tipa, ali jesam dosta čitala i informisala se o tome na raznim stranama. Neko bi rekao da je to i talenat, ali ono što sigurno znam je da ne znam sve i da treba pitati onoga ko zna. Mnogo vremena mi je trebalo da uspostavim tu kulturu, odnosno da uvedem takav model ponašanja kao pravilo, ali se isplatilo. Danas, recimo, imamo kao konsultanta arhitekticu i dok se sa njom ne konsultujemo, ne preduzimaju se nikakve intervencije u našem radnom prostoru. Isto tako, ni jedan pisani dokument ne izlazi odavde dok ga pravnik ne prekontrolira. Delom su nas tome naučila neka loša iskustva, a delom je to rezultat i logičnih pravila menadžmenta.

**Uvek smo se trudili da obezbedimo da pacijenti znaju tačno šta mogu a šta ne mogu da dobiju u našoj kući i naročito po kojoj ceni. Poverenje je najvažnija stvar i to je poruka na kojoj je ova kuća zasnovana**

smo na interno i imamo eksternu revizorsku kuću koja nas kontroliše. Uvešćemo i internu reviziju, u čemu će nam uvođenje fiskalizacije olakšati taj segment kontrole.

### Šta sve danas Dom zdravlja "Dr Ristić" pruža?

Danas, mi smo kuća primarne zdravstvene zaštite i imamo dvadeset i dve specijalističke službe, terensku službu, laboratoriju. Pored toga, vršimo i različite edukacije. Ali, najvažnije od svega je da se mnogo bavimo preventivom. U tom smislu imamo mesečne akcije, kada određene vrste pregleda i analiza radimo bukvalno u pola cene, samo da bismo približili to ljudima i motivisali ih da blagovremeno pvedu računa o svom zdravlju. Imamo i odlična savetovališta, poput savetovališta za pregled dojke, ali i dijetetičara. Prvi pregled kod dijetetičara je besplatan, a programe ishrane radimo po najsavremenijim metodama. Imamo uređaj „Tanita“, koji automatski određuje niz parametara kao što je BMI. Osim tehničkog aspekta, razvijamo i programe poput onih na specijalizovanim institutima koji se bave pitanjima ishrane. Takvi programi ne moraju da se rade samo na planinama ili u banjama, nas ovde ništa ne sprečava da ih uspešno sprovedimo, imamo i divne reke i izletišta gde je to moguće izvesti. U svim tim preventivnim akcijama i programima trudimo se da animiramo ljude i to daje rezultate, iako nije lako. Mimo svakodnevnog rada i akcija koje sprovodimo, imamo i savetovalište za roditelje dece koja imaju problem sa narkoticima. To je jedna skoro potpuno zanemarena grupa u celom problemu narkomanije i činilo nam se da je dobra ideja da tako nešto pokrenemo. Savetovalište je naravno besplatno, a vodi ga naš saradnik, psiholog, već četiri godine.

Imamo i niz drugih akcija u planu i samo nas vreme i finansije ograničavaju u tome. Edukaciju sprovodimo kroz pomenute akcije ali i putem publikacija, kao što je naš interni list, koji pokriva teme od interesa. Pišu ga naši lekari, jezikom koji pacijenti razumeju.

**U kontroli radnog procesa uvodimo standardizaciju i kontrolu nalaza. Odavno imamo interne protokole, a svaka specijalnost ima jasne standarde za pisanje izveštaja. Od samog starta učimo naše lekare da je urađeno samo ono što je zapisano**

### Kako Vi danas, nakon različitih iskustava u poslu i situacija kroz koje ste prošli, vidite odnos lekara i pacijenta?

U procesu lečenja radi se o pacijentu. Zato ne možete da se postavite tako da mu nametnete rešenja. Morate da otvorite komunikaciju i da se bavite pacijentom, ne samo da slušate

srce i pluća, gledate ultrazvuk i prepisujete lekove. To nije uvek lako, ali čvrsto verujem da tako treba. Kada mu date lek, treba da mu kažete zašto. Potrebno je približiti znanje lekara i očekivanja pacijenta, tako da pacijent ima koristi od tog pregleda. Potrebno je da on shvati kako treba da se ponaša i da učestvuje u svom lečenju, ali i u čuvanju svog zdravlja, pre svega. Poverenje je ključna stvar, odnos sa pacijentom se mora graditi na tome. Velika je odgovornost i lekara kao struke, a iskreno, lično imam i velika očekivanja od Lekarske komore. Pogotovo u ovom momentu, kada se konstantno dešava da se proizvoljno određuje granica lekarske greške a presude se donose u medijima. Ipak, pre svega toga, elementarna logika vam govori kako treba da se ponašate - ako neko dođe i dâ vam najvrednije što ima, svoje zdravlje, vi to morate da poštujuete do neba. ■

A.R.

*Dan borbe protiv duvanskog dima*



*Besplatna radionica za prevenciju karcinoma dojke*

