



# **JAVNI DISKURS**

**Izazovi suvremenog zdravstva**

**Urednik: Silvije Vuletić**

Urednik: Silvije Vuletić

**JAVNI DISKURS – IZAZOVI SUVREMENOG ZDRAVSTVA**



# **JAVNI DISKURS**

## **IZAZOVI SUVREMENOG ZDRAVSTVA**



**Urednik: Silvije Vuletić**

Izdavač:  
Sveučilište u Zagrebu Medicinski fakultet  
Škola narodnog zdravlja “Andrija Štampar”

Urednik:  
dr. sc. Silvije Vuletić, prof. emer.

Oblikovanje i priprema:  
Nenad Jović

Ilustracije:  
Alma Šimunec-Jović

Tisak:  
Kerschoffset

CIP zapis dostupan u računalnome katalogu Nacionalne i  
sveučilišne knjižnice u Zagrebu pod brojem 882119

ISBN 978-953-6255-61-0

## PREDGOVOR

U profesionalnim zdravstvenim krugovima riječ „diskurs“ izaziva nerazumijevanje, pogotovo kada se govori o javnozdravstvenom diskursu. Ta riječ nema jednoznačni prijevod na hrvatski jezik. Nema ga ni na stranim jezicima. Englezi govore o *public discours*, Francuzi *discours publique* a Nijemci *Der publik Diskurs*. Latinski glagol *discurrere* znači *trčati naokolo*, što pojmovno dobro odgovara raspravi o izvjesnom problemu. Hrvatski enciklopedijski rječnik (Novi Liber, Zagreb 2002) *diskurs* opisuje kao „način i stil izlaganja s obzirom na temu ili područje djelatnosti u kojem se ostvaruju politički, znanstveni, književni i drugi interesi“.

Slijedom te definicije *javnnozdravstveni* diskurs možemo opisati kao raspravu, debatu i raščlanjivanje izvjesnog javnozdravstvenog problema, koji se ostvaruje dijalogom s najčešće različitim tumačenjima i interesima. Naime, analizom diskursa uočavaju se u pravilu dvije razine promatranja - jedna je razina percepcija realnih neposrednih zdravstvenih problema, dok je druga razina introspeksijska. Na introspeksijskoj razini realnost zdravstvenih problema dobiva opis riječima i pojmovima. Možemo reći da je javni diskurs *interpretacija* realnog problema.

Diskurzivna analiza je i filozofska tema. Francuski filozof, razdoblja moderne, Michel Foucault bavio se pojmom diskursa. On tvrdi da svaki diskurs ima komponente suprotstavljanja i moći te da se javni diskurs često politizira. To je i razumljivo jer javno zdravstvo nije samo biomedicinska nego i društveno politička disciplina, gdje je moć ideologije i politike uvijek prisutan.

Suvremena tranzicijska Hrvatska obiluje intenzivnim javnim diskursima svih vrsta. Nema realnog problema koji se nije dignuo na razinu javnog diskursa. Interesantno je pitanje zašto neki realni problemi ostaju zatvoreni u sebe i čine non-diskurs problematiku, dok se neki razvijaju u intenzivne polemike s različitim političkim i drugim interesima i ishodima.

U ovoj knjizi prikazujemo neke aktualne teme javnog diskursa naše javnozdravstvene scene. Radi se o *ad hoc* događanjima koja traže interpretaciju i moguće rješenje.

Urednik



# TEORIJSKI OKVIR JAVNOZDRAVSTVENOG DISKURSA

**Silvije Vuletić**

*Javnozdravstvene probleme ne možemo razumjeti niti shvatiti a da ne upoznamo diskurzivni prostor te problematike.*

## Pojam javnozdravstvenog diskursa

Hrvatska je tranzicijska zemlja. Posljedično, javno zdravstvo doživljava snažne promjene u ideologijama, stavovima i organizacijama. S obzirom na to da su te promjene u pravilu bolne, zdravstveni dionici i populacija ne prihvaćaju ih lako. Radi se o nekoliko populacijskih promjena koje suvremeno hrvatsko stanovništvo doživljava.

Glavnu promjenu opisujemo kao prijelaz iz socijalističkog u kapitalističko društvo. Radi se o divljem kapitalizmu koji ulazi u sve pore društvenog života. Ljudske zajednice traže nova značenja starih pojmova, zdravstveno rizično ponašanje populacije se povećava, jak je razvoj novih tehnologija, posebno informacijskih, razvijaju se novi koncepti zdravstvene zaštite, javljaju se novi pojmovi poput tzv. personalizirane medicine. Trenutno se u Hrvatskoj može prepoznati tri latentne ideologije zdravstvene zaštite: ideologija novog javnog zdravstva koja je dobrim dijelom Štamparova integralna medicina, zatim neoliberalni kapitalizam a na pomolu je i tehnoscijentološka ideologija zdravstvene zaštite. Te se ideologije isprepliću u zakonskim aktima, stavovima grupa zdravstvenih radnika i korisnicima zdravstvene zaštite. To su složeni populacijski procesi koji izazivaju i dovode do brojnih debata, javnog medijskog govorenja, suprotstavljanja i konflikata. Tu pojavu zovemo javni diskurs (engl. *public discourse*, fran. *discours publique*, lat. *discursus*=optrčavanje). Ne postoji hrvatska riječ za diskurs. U Hrvatskom enciklopedijskom rječniku diskurs se opisuje kao razgovor, rasprava, raščlanjivanje te način i stil izlaganja s obzirom na temu ili područje djelatnosti u kojem se ostvaruje (politički, akademski, znanstveni ili javnozdravstveni) interes.

*Javni diskurs je generalna jezično strukturirana ideja prema različitim obrascima ljudskog izjašnjavanja, u različitim domenama društvenog života.*



*Analiza takvih obrazaca ljudskog izjašnjavanja nazivamo diskurzivnom analizom (Jorgensen i Phillips, 2020). Objekti postoje a događaji se odvijaju u realnom svijetu. Mi te događaje shvaćamo i tumačimo unutar diskurzivnih struktura. Ono što nas posebno interesira jest kako i na koji način se javni diskurs usmjerava i regulira.*

U hrvatskom zdravstvu odigrava se snažno javni diskurs o zdravstvenom sustavu i njegovu funkcioniranju, posebno o načinu organiziranja bolničke i izvanbolničke zdravstvene zaštite. Nastaju komunikacijske zajednice u kojima se raspravlja, pregovara, debatira te dolazi do značajnih suprotstavljanja unutar i između zdravstvenih profesionalnih skupina. Na primjer, rezistentnost na preventivno djelovanje izvjesnih profesionalnih skupina i teško usvajanje zdravih navika u populacijskim skupinama, dva su standardna javna diskursa hrvatske javnozdravstvene scene. Javni diskurs o privatno liberalnoj i javno socijalnoj zdravstvenoj zaštiti je hrvatski i globalni javni diskurs. U Hrvatskoj se trenutno odigravaju dva javna diskursa, jedan o uvođenju zdravstvenog odgoja u kurikulum osnovnog i srednjeg obrazovanja, posebno četvrtog modula koji sadržava elemente rodne ideologije i drugi, o značenju i definiciji bračne zajednice.

Oba diskursa spadaju u domenu rodne i seksualne problematike, i oba na *perceptivnoj razini* imaju zdravstvene implikacije u suvremenom društvu. Prvi diskurs opisuje neupućenost i rizično ponašanje mladeži u spolnosti u vrijeme njihovog odrastanja, ali i o stavovima i znanjima o homoseksualnosti. Drugi diskurs opisuje netolerantnost prema istospolnim bračnim, odnosno životnim zajednicama kao i posljedice na društveno ponašanje i prava koje iz toga proizlaze. Uspostavljen je svjetonazorski diskurs u kojem se sukobljavaju tradicionalno kršćansko-antropološko i liberalno poimanje braka i zdravstvenog odgoja.

Međutim, na *introspekcijskoj interpretativnoj razini* opisanih događanja u populacijskim skupinama, među dionicima i u narodu posredstvom *jezično informacijskih kanala* razvijaju se rasprave, debate svjetonazorskog sukobljavanja koje se prenose na političku razinu života populacije stvarajući novi nematerijalni socijalni svijet. *Javni diskurs je ideološki jezik uvjetovan kulturom i socijalnim relacijama.*

Javni diskurs je sinoptička slika danog realnog javnozdravstvenog problema. Diskurzivnu analizu čine: *ontos* (ὄντος) bit istraživanja javnog diskursa, *episteme* (ἐπιστήμη) - značenje i istina, *aksia* (ἀξία) moralno-etička vrijednost i *metodos* (μέθοδος) na koje načine treba istraživati javni diskurs.

Javni diskurs je izraz demokratske zrelosti. Organizacije i društveni sustavi u kojima ne postoji neki oblik javnog diskursa ukazuju da se radi

o autoritativnim organizacijama. Ekstremi su diktatorske organizacije i sustavi te potpuno liberalni sustavi. Javni diskurs jedna je od bitnih karakteristika suvremenih zapadnih zajednica. Francuski filozof Foucault (2011) zaključuje u stilu stare Helade i Perikla da su uvjeti za diskurs: δημοκρατία - sudjelovanje i participacija naroda, δημοσ odnosno kvalificiranih građana, ιεργονία – pravo, dužnost, sloboda i obaveza biti prisutan član demosa, zatim παρρησια - sloboda argumentiranog govorenja istine, i περιεμι zajedno doživjeti i biti prisutan.

Totalitarna društva ograničavaju diskurzivnu praksu na jednogumni jedinstveni diskurs u svim granama društvenih zajednica - od ideoloških, umjetničkih do političkih. Javni diskurs je tipičan za post-moderna društva. Nema jedinstvenog trenda razvoja humanističkih društava. U suvremenim zajednicama 21. stoljeća raznovrstan je dijapazon javnog govorenja: ekonomski, vjerski, politički, kulturni, znanstveni i zdravstveni. Praktički svako interesno područje u nekim trenucima razvija izvjesni oblik javnog diskursa u otvorenim populacijama, sustavima i organizacijama.

Javni diskurs je refleksija na realnu problematiku društvenih zbivanja, a javnozdravstveni diskurs je refleksija na određenu problematiku zdravstvene zaštite. Javnozdravstveni problemi imaju svoj mjerac količine i intenziteta, svoju kvantitativnu dimenziju. Međutim, s obzirom na to da postoji i kvalitativno predočenje realnog problema, tj. njegovo *kakojstvo*, odnosno svjesno subjektivno iskustvo i razumijevanje realnog problema, način na koji mentalno doživljavamo stvarnost, javnozdravstveni problemi imaju i kvalitativnu dimenziju. Filozofski javni diskurs je *qualia* jer predstavlja intrinzična svojstva doživljavanja dane javnozdravstvene problematike.

Kada se jednom u komunikacijskim zajednicama uspostavi javni diskurs, on se odvija u uvjetima triju kategorija: funkcija i normi društva, konflikata i zakonskih pravila zajednice te značenje koje taj diskurs ima za danu zajednicu (Foucault, 2010). Javni diskurs je sveprisutna, svenazočna pojava svake komunikacijske zajednice.

Bitna sastavnica definicije javnog diskursa je jezični kanal koji transformira perceptivnu događajuću razinu u introspekcijsku interpretativnu. Rezultat je novi realni socijalni svijet. Javnozdravstvenu problematiku ne možemo niti razumjeti niti shvatiti a da ne analiziramo diskurzivni prostor te problematike.



## Diskurzivna analiza

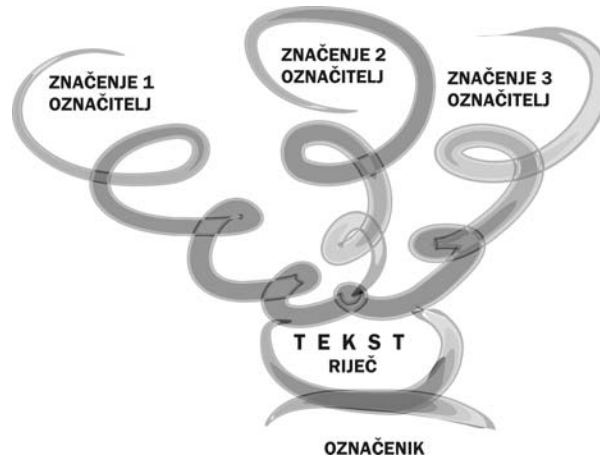
Osnovni je problem diskurzivne analize kako odrediti teorijski okvir tijekom analize, kako uključiti socijalno-kulturni kontekst i metodologiju istraživanja te kako kod utvrđenog diskursa procijeniti teorijsku i praktičnu korisnost javnog diskursa. Diskurzivan znači da se analiza izvodi pomoću logičnog ali i intuitivnog zaključivanja, kao hermetika, stalno izmjenjujući posebno s općim i *vice versa*. Diskurzivna analiza je interdisciplinarno područje kvalitativno-naturalističkog propitivanja s fokusom na socijalno-kulturnim i političkim sadržajima dane javnozdravstvene problematike. Diskurzivna praksa otkriva nam matrice iskustva, potencijalnog znanja komunikacijske zajednice, studije i pravila što zajednica smatra točnim ili krivim (Foucault, 2011).

Analiza diskursa i diskurzivne prakse zahtijeva lingvističku analizu te analizu socijalne uvjetovanosti nastanka i razvoja diskursa. Svaki javni diskurs predočujemo tekstem. Tekst nalazimo kao gotovi iskaz i produkt diskurzivne prakse, pobirući razne dokumente, verbalne i neverbalne iskaze konferencija, audio-televizijskih emisija, praktički svaki iskaz koji se tijekom javnog diskursa promatra i bilježi.

Teorijski temelj lingvističkim analizama, pa tako danas i diskurzivnoj analizi, dao je Ferdinand Saussure u svojim predavanjima 1916. objavljenim s naslovom *Cours de linguistique general*. U razdoblju od 1857. do 1913. Saussure je tvorac strukturalne lingvistike. Prema istom autoru riječ ima svoju zvukovnu stranu ali i pojam koji mi pripisujemo nekoj riječi i tekstu. Riječ ima dvočlanu cjelinu te on predlaže za opću uporabu riječ označenik, signifikat (fran. signifie) i označitelj, signifikant (fran. signifiant) a relacija među njima je arbitrarna. Tako je i riječ diskurs *označenik* i označuje sadržaj jezične komunikacije diskurzivne prakse ali i *označitelj* koji se odnosi na složene kategorije svjetonazorske, znanstvene, socijalne, političke, zdravstvene ili akademske diskurzivne prakse. Diskurzivna praksa je djelovanje i govorenje u slobodnom prostoru komunikacijske zajednice u kojima ljudi i dionici, odnoseći se jedni prema drugima, raspravljaju i uvjeravaju jedni druge. Sve što se tijekom razvoja diskursa konačno prikazuje tekstem predmet je diskurzivne analize. Interpretacija sadržaja teksta javnog diskursa igra ključnu ulogu u diskurzivnoj praksi.

Stvaranje teorijskog okvira javnog diskursa bitan je zadatak analitičara diskurzivnih praksi. Iako analitičar stvara svoj vlastiti teorijski analitički okvir, korisno je usmjeravati analizu kroz dva bloka istraživačkih pitanja: kontekstualni (Jortgensen i Phillips, 2010) i filozofski (Foucault 2010). Kontekstualni blok istraživačkih pitanja predlaže sljedeća četiri aspekta:

- Aspekt neposredne okoline koje diskursu daju važnost i značenje
- Značenja koji se pripisuju diskursu
- Točke suprotstavljanja značenja
- Zdravorazumskog odvijanja diskursa u zajednici (*common sense*)



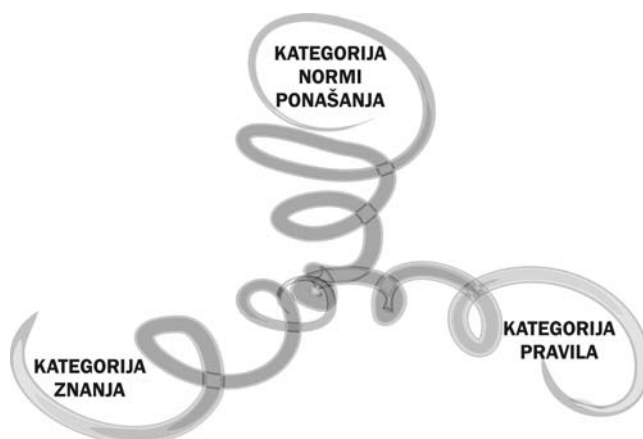
Bez obzira radi li se o socijalnom, zdravstvenom, političkom ili akademskom diskursu navedeni se aspekti ne smiju zanemariti. Kategorije koje izvodimo označitelji su diskurzivne prakse. Ovisno o namjeri i istraživačkim ciljevima, dominantnoj temi diskursa, radimo empirijsku analizu fokusirano na neposredno značenje diskursa u komunikacijskoj zajednici: opisujemo ga jednoznačno ili višeznačno (polisemija), karakter sukobljavanja, da li se diskurzivne prakse isprepliću, njihove povezanosti i zavisnosti, „trigger“ mehanizmi incidenta te tko su glavni akteri diskursa, njihov identitet i obrasci djelovanja i ponašanja.



Prema Foucaultu, možemo to nazvati filozofski triangularnim modelom analize:

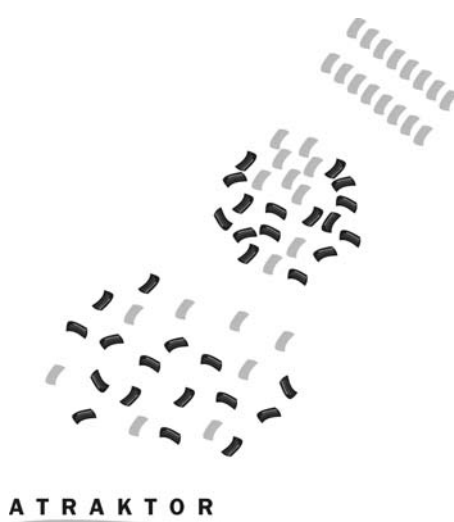
- Kategorije normi ponašanja i funkcija društvenih zajednica te povijesne, kulturne, i tradicionalne „*episteme*“ zajednice
- Kategorija zakonskih pravila, ideja i stavova koje vladaju u zajednici
- Kategorija znanja i prakse zajednice.

Te kategorije uvjetuju razvoj i stil na koji se način odigrava diskurzivna praksa.



Javni diskurs je *emergencija*, tj. spontano pojavljivanje novog interpretativnog stupnja na osnovi prethodnog nižeg događajnog. U nekom trenutku života zajednice ljudi formiraju *komunikacijsku zajednicu*. Brandon (1994) definira *komunikativnu zajednicu* kao *zajednicu koja prihvaća prisilu bez argumenata u kolektivnom traženju istine i učinkovitosti, putem akcije i dijaloga usmjerenog k međusobnom razumijevanju i suradnji*. Članovi komunikacijske zajednice postavljaju se jedinstveno u prezentaciji ideje diskursa, grupno je dominantno nad individualnom. Stvaranje javnog diskursa je samoorganizirani populacijski i organizacijski proces, u početku neorganiziran, ponekad kaotičan, da bi se tijekom razvoja formirao u skupinu s jasnim djelovanjem i ponašanjem. Strukturalno i akcijski komunikacijska skupina persistira, ponekad formirajući profesionalne i političke udruge. Teorijski prema Wolfram S (2002) diskurzivna grupa s inicijalne slučajne pozicije, *atraktorom* se transformira u determiniranu ponašajnu grupu. Taj se proces odigrava po diktatu složenih dinamičnih sustava.

U teoriji diskursa navodi se da obično postoji jedna početna suprotstavljajuća *konfliktna točka* prema nekom drugom javnom diskursu i diskurzivnoj praksi, koja različito promatra realitet i različito socijalno djeluje. Rezultat takvih suprotstavljanja, ovisno o kakvom se diskursu radi - socijalnom, zdravstvenom, političkom, akademskom, laičkom ili bilo kojem javnom diskursu - je stvaranje antagonizama koji se međusobno isključuju. Primjeri hrvatskih nacionalnih javnih diskursa o definiciji braka i uvođenja pojma spolnosti u edukacijske sustave jasno ukazuju suprotstav-



ljanje antropološkog kršćanskog i liberalnog svjetonazora. Stoga treba prepoznati sve dihotomije javnog diskursa. One su motor diskurzivne prakse.

Pored identifikacije inicijalne točke suprotstavljanja razmatramo što je *čvorišni pojam* razdvajanja, točka oko koje se vrti diskurzivni proces. U današnjem zapadnom svijetu demokracija je čvorišni pojam. Sve vjerske, umjetničke, znanstvene i filozofske tekovine današnje civilizacije imaju svoje vjekovne čvorišne pojmove, koje obično lako identificiramo u suvremenim civilizacijskim diskurzivnim praksama. Materijalno-duhovno, religijsko-znanstveno, demokratsko-liberalno, etično-koruptivno vjekovni su javni diskursi. Foucault (2010) nalazi u suvremenom javnom diskursu četiri fokalna iskustva naše kulture, iskustvo ludila, iskustvo bolesti, iskustvo kriminaliteta te iskustvo seksualnosti. To su milenijske empirije čovječanstva. One se povijesno mijenjaju u stilovima i sadržaju.

Komunikacijsku zajednicu možemo shvatiti i kao *socijalni kapital*. Coleman (1990) definira socijalni kapital kao skup raznovrsnih entiteta koji imaju dvije zajedničke karakteristike ali jednu socijalnu strukturu: Skupina entiteta ima jake veze unutar svoje skupine (engl. *bonding*) ali također sposobnost vezanja s drugim socijalnim strukturama (engl. *bridging*). Analiza „*bonding-bridging*“ omogućuje nam da sagledamo koliko neka diskurzivna praksa opstaje unutar svojih okvira ili se širi na druge socijalne strukture.

Zadnji korak analize diskursa je odgovoriti na pitanje što je „*episteme*“ određenog javnog diskursa i diskurzivne prakse. Pri tome ne mislimo na grčku riječ episteme koja znači znanost ili spoznaju, nego kao sveukupnost diskurzivne prakse, tj. koherentne količine iskaza jednog vremena (Foucault, Arheologija znanja...). Foucault nadalje tvrdi da je „glavna tema diskursa način kako se čovjek kao subjekt konstituira i ponovno dokida po svojem mjestu u mreži diskursa. Pri tome se diskurs pokazuje kao sredstvo provođenja moći, društvenog uređenja i individualnog samo-razumijevanja“. U svojoj knjizi *The Order of Things* Foucault opisuje epistemu: „Bez obzira na bilo koju kulturu i bilo koji trenutak, uvijek postoji jedna *episteme* koja definira sve mogućnosti nekog znanja, bilo da je izražena teorijski ili se prešutno uvodi u praksu zajednice“ (Foucault, p. 168).



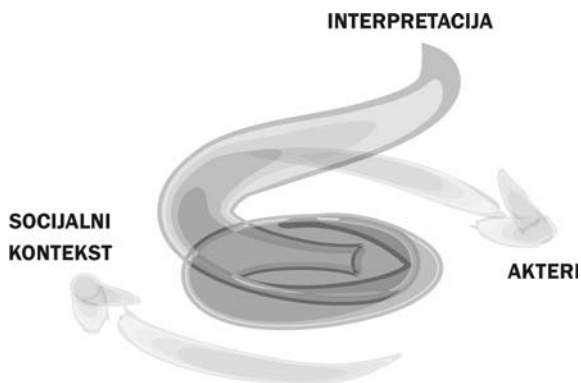
## Diskurzivna praksa

Diskurzivna praksa je društvena praksa koja kreira društveni svijet zajednice. Ona je ubikvitaran događaj današnjih zajednica i organizacijskih sustava. Diskurzivna praksa se usredotočuje na različite fokuse.

Jedan takav fokus u analizi usmjeravamo na dionike i aktere diskurzivne prakse. Akteri (oni koji imaju jači utjecaj na razvoj diskursa) imaju posebne interese u razvoju diskurzivne prakse. Onjihovom ponašanju ovisi uspješnost promjena koje javni diskurs ima kao cilj. Postavlja se pitanje: zašto u danom trenutku nastaje javni diskurs te kojim se snagama začeti diskurs razvija u slobodnu formu društvenog djelovanja? Vjerojatno postoji u zajednici određena osjetljivost i nezadovoljstvo na neke društveno-organizacijske probleme, pa početne slučajne grupe ljudi i dionika po diktatu kretanja složenih dinamičnih sustava transformiraju se u organizacijski određene skupine s jasnim ciljevima društvenog i organizacijskog djelovanja. Takve skupine imaju jaku moć atrakcije za druge sudionike zajednice. Taj analitički fokus omogućuje diskurzivnom analitičaru da prepozna i definira identitet onih koji stvaraju diskurzivnu praksu.

Sljedeći fokus usmjeravamo na *komunikacijsko događanje* – mjesto jezične komunikacije kao što su, novine, dokumenti, članci, video, politički ili akademski govori i intervjui (Fairclough, 1995). Procjenjujemo komunikacijski kontinuum koji čine komunikacijska situacija, komunikacijski čin i komunikacijski događaj, npr. pobuna protiv prekovremenog rada u zdravstvu (*situacija*), nakon čega se javlja štrajk (*čin*), da bi na koncu nastala posljedica (*događaj*), otežana zdravstvena skrb u populaciji pacijenata. Osim prepoznavanja komunikacijskog događaja, gledamo kakav je *žanr* diskursa, da li se odvija unutar društvenih ustanova ili organizacija ili u otvorenoj društvenoj zajednici, npr. diskurs unutar medija, zdravstvenih administratora i konzumenta zdravstvene zaštite, između bolničke i izvanbolničke zdravstvene zaštite.

Svaka diskurzivna praksa proizvodi brojne tekstove. U tekstu se kriju sva događanja, socijalni identiteti i relacije. Široki je dijapazon vrsta i tipova teksta. U kontekstu prepoznavamo ideološki jezik uvjetovan kulturom i socijalnim relacijama, jezično-socijalnu konstrukciju, specijalni jezik koherentnih skupova kategorija, teorijsko



objašnjenje realnih događanja, repertoar djelovanja s implicitnim teorijskim tumačenjima zašto i kako se akteri i dionici upravo tako ponašaju. Končno iz teksta prepoznamo jedinstveno iskustvo zajednice, vremenski promjenljivo, prepoznamo ga u sličnim iskustvima drugih zajednica ali generalizacija na druge primjere diskurzivne prakse nema smisla. Tekstovi diskurzivnih praksi visoko su specifični za danu komunikacijsku zajednicu. Postoje različiti tipovi analize tekstova. Radi se o različitim tehnikama, od čisto kvalitativnih, miješanih tzv. hibridnih tehnika, semi-kvantitativnih do onih koji se isključivo drže kvantitativne paradigme. S obzirom na političnost i socijalnost javnozdravstvenih diskurzivnih praksi, analitička metoda izbora je *narativno raspitivanje*.

## Narativno raspitivanje

U teoriji kvalitativnih istraživanja razvio se model istraživanja koje nazivamo narativno raspitivanje u društvenim i komunikacijskim istraživanjima (Czarnawska, 2004). Model je vrlo primjenjiv u analizama verbalnog i neverbalnog diskursa javnozdravstvene scene. Narativno raspitivanje odstupa od tradicionalne kvalitativne analize prepoznavanja tema, ono prepoznaje poruke, glasove (engl. *voices*) javnog diskursa.

Javnozdravstveni diskurs se odigrava na sceni društvenog života gdje pojedine interesne skupine, odnosno dionici raspravljaju, raščlanjuju široki spektar zdravstvenih tema, posebno onih poput „kako organizirati djelotvornu zdravstvenu zaštitu stanovništva“. To je diskurs između javnih i privatnih interesenata, autoriteta države i otvorenog stanovništva. Javnozdravstveni diskurs je često korektiv ponašanja koje je zakonom propisano. On je dio demokratskih procesa današnje Hrvatske. Narativno raspitivanje kao rutina javnozdravstvenog rada mogao bi pripomoći realnim rješavanjima zdravstvenih organizacijskih problema.

Zakoni često propisuju strukture i stilove ponašanja. Međutim pojavom javnog diskursa populacija i dionici mijenjaju i okreću u drugom smjeru zakonski predvidive strukture i ponašanja.

Podaci koji se prikupljaju u javnozdravstvenom diskursu su narativne prirode, verbalni i tiskovni materijali javnog govorenja, rasprava, vizualnih i virtualnih prezentacija, koji se na raznim mjestima i u različita vremena pojavljuju među profesionalcima javnog zdravstva. Profesionalci javnog zdravstva svojim stilom izlaganja i energijom s obzirom na temu i područje interesa, ostvaruju svoje profesionalne, društvene, političke i druge interese. Javnozdravstveni diskurs je sveprisutnost svake javnozdravstvene problematike.





Narativno raspitivanje najbolje opisujemo kao raspitivanje kroz mnogo leća, različitim pristupima, slušanjem glasova i poruka koje opažamo tijekom istraživanja javnog diskursa. Ne postoji generalni priručnik za analizu javnog diskursa. Međutim dobro je imati na pameti ove komponente tijekom javnog diskursa: socijalno-zdravstveni kontekst nastanka diskursa, ulogu sudionika, posebno aktera diskurzivne prakse te razina interpretacije diskurzivne prakse.

### **Socijalno-zdravstveni kontekst nastanka diskursa.**

Osnovna strategija diskurzivne analize sastoji se u prepoznavanju generatora javnog diskursa. Što je stvarni generator? Ne govorimo u ovom trenutku o *uzroku* javnog diskursa, nego o *uvjetima* društvene i organizacijske okoline koje provociraju početna kretanja javnog diskursa. Proučavamo materijalne, zdravstvene i duhovne elemente kulture te zajednice za koje možemo smatrati da se prenose negenetskim putem, dakle ponašanjem (memetika). Fokus je na socijalno-kulturalnim skupinama zajednice, njihovim vrednovanjima i vrednotama kao i načinima društvenog i zdravstvenog života. Ukratko, zašto jedna ne-diskurzivna tematika u zajednici, najednom postaje diskurzivna s razvijanjem diskurzivne prakse.

### **Akteri javnog diskursa**

Mnogobrojni sudionici, dionici i *akteri* sudjeluju u razvoju javnog diskursa. Akteri se razlikuju od sudionika po tome što imaju aktivniju ulogu i utjecaj na razvoj diskurzivne prakse. Akteri imaju posebne interese, o njihovim ponašanjima ovisi uspješnost diskurzivne prakse. Oni imaju posebne interese te pokazuju posebne obrasce ponašanja. Nastaje složena mreža međusobnih zavisnosti. Razumjeti i shvatiti nastalu mrežu javnog diskursa bitna je komponenta diskurzivne analize. Javni diskurs funkcionira putem svojih aktera koji su inteligentni, koriste i mijenjaju razna pravila ponašanja, heterogeni su i adaptiraju se svakoj novoj situaciji. Uz pojam aktera usko se veže i pojam *energije* koja pokreće javni diskurs. Energiju

čine s jedne strane službeni zakoni i uredbe koji ravnaju diskursom izvana. S druge strane, ideologije, kultura i tradicionalizam čine čvrst obrazac ponašanja kao one energije koja djeluje unutar javnog diskursa. Energija javnog diskursa ne rasprostire se jednoliko. Naprotiv, ona se svrsishodno ustrojava u tzv. *atraktore* sustava koji usmjeravaju diskurs u jedinstveni smjer diskurzivne prakse. Atraktor javnog diskursa definiramo kao ustrajno ponašanje neke društvene skupine u zajednici, na temelju vlastitog diktata koje *samoorganizirano* nastaje i dalje se usmjereno razvija.

### Interpretativna razina javnog diskursa

Za diskurzivnog analitičara finalni produkt diskurzivne prakse je *tekst*. Sve rasprave, debate, sukobe, opisivanje diskurzivne prakse predočujemo tekstom, koji smo direktno prikupili iz medija i raznih dokumenata ili smo sami stvarali tekst našim *opserviranjem*, *intervjuima* i provođenjem *fokus grupa*. Koristimo postojeći ili stvaramo svoj vlastiti tekst. Tekst je sirovina diskurzivne analize. Tekst analiziramo standardnim kvalitativnim tehnikama koje se sastoji od dekonstrukcije, tematiziranja i teoretiziranja teksta.

Dekonstrukcija teksta počinje s prepoznavanjem i izvlačenjem karakterističnih riječi, misli, kratkih rečenica te stvaranjem popisa karakterističnih riječi. To su bazični pojmovi tzv. mikropojmovi. Iz mikropojmova definiramo nadređene pojmove, a najčešća riječ koji koristimo jest kategorija. Kategorija je fundamentalni pojam koji sadrži najopćenitija svojstva, veze i odnose postojanja i mišljenja, to je osnovni element analize tekstova diskurzivnih praksi. Kategoriziramo diskurzivnu praksu tako da prepoznamo u tekstu:

- *Kognitivne* aspekte ili značenja sudionika i aktera (ideologije, pravila, osobni koncepti),
- *Emocionalne* aspekte ili osjećaje sudionika i aktera (empatije, simpatije, zadovoljstva, ljutnja), i
- *Hijerarhijske* aspekte ili značenja sudionika i aktera (ideologije, pravila, osobni koncepti).



Po svršetku kategorizacija uobičajeno je da mrežu kategorija predstavimo kao *plot*. Plot je vizualna prezentacija diskurzivne prakse. Tema je glavna misao, predmet diskurzivne prakse. Ona se usredotočuje na bitnost sadržaja teksta, najvažnije dijelove diskurzivne prakse. Svaki suvisli i informacijama bogati tekst može se svesti na jednu ili više glavnih tema, na važnije i manje važne teme pa govorimo o mikro i makro temama. Od interesa mogu biti i događanja koje su na marginama diskursa pa govorimo o marginalnim temama diskurzivne prakse.

Hoćemo li tijekom testne analize doći u fazu sustavnog razmišljanja o danoj temi, uopćiti znanje koje smo stekli analizirajući diskurs i na vlastitim podacima i na vlastitoj naturalističkoj empiriji, konačno je pitanje svake diskurzivne analize. Taj proces zovemo *teoretiziranje diskursa*. Tražimo pravila ponašanja i uvjetovanost, rijetko zakonitost diskurzivne prakse. Dakle, ne nomotetički, nego ideografski: pitamo se o smislu pojedinačnih događanja u diskursu, o razumijevanju što se to događa i shvaćanju zašto se nešto događa tijekom diskurzivne prakse. Teoretiziranje diskursa svodimo na tzv. podatkovno utemeljenu teoriju (engl. *grounded theory*). Podatkovno utemeljena teorija nadilazi deskripciju, ona predstavlja jedinstveni teorijski izričaj o procesima koji nastaju i reguliraju diskurzivnu praksu.

## **Evaluacijska razina javnog diskursa**

Pragmatički kriterij istraživanja javnog diskursa je: Što je zajednica dobila pojavom i razvojem javnog diskursa? Što je ishod diskurzivne prakse? Evaluiramo najprije što diskurzivna praksa želi postići, kako je program javnog diskursa prenesen na ciljni objekt diskursa, reakcije društvenog okruženja te kakav je bio odaziv zajednice na diskurs, koje su rane promjene ciljnog objekta a koje su kasne, što je usvojeno te što je konačni učinak. Evaluacija je zadnja karika diskurzivne analize davanjem vrijednosnog suda i mišljenja da li je javni diskurs imao smisla.

## **Dijaloški javnozdravstveni diskurs**

Javni diskurs je po svojoj prirodi diskurs moći i prevladavanja *mojih* ideja nad *tvojima* koje su *drugačije*. Da nisu drugačije ne bi se niti uspostavio javni diskurs. Važno je pitanje kako se javni diskurs prezentira. Dva su tipa prezentiranja diskursa. Prema Bohmovom filozofskom shvaćanju dijalog je višestruki proces koji propituje mnogo više od uobičajenih naših komunikacija nadglasavanja i prevlasti. Javni diskurs je razgovor dviju strana koje izmjenjuju informacije i znanje o nekom problemu zajednice, sustava ili organizacije, a na kraju obje strane su bogatije novim informacijama

i znanjem kako bi demokratsko nadglasavanje zamijenili konsenzusom. Javni diskurs započinje *konfrontacijama*, a o menadžmentu diskursa i kulture zajednice ovisi hoće li se preusmjeriti u argumentirani, dijaloški. Naše ideje unutar javnog diskursa i društvenih zajednica su inkohेरentne te se kreću u raznim smjerovima - sukobljavaju se i međusobno poništavaju (Bohm, 2009).

Dijalog traži argumentiranu razmjenu suprotstavljenih tvrdnji i iskustva diskurzivne prakse, ono što u sebi sadrži riječ *Paressia*. Prema shvaćanju filozofa Bohma dijalog je višestruki proces koji propisuje mnogo više od uobičajenih predodžbi o razgovornom načinu izražavanja i o govornoj razmjeni. Menadžment javnozdravstvenog diskursa sastoji se u usmjeravanju diskursa moći i nadglasavanja u dijaloški diskurs koji iz nešto suprotnog suglasjem stvara nešto novo.

## Tendencije razvoja javnozdravstvenog diskursa

Ulaskom Hrvatske u Europsku uniju očekuje se da će nacionalni javnozdravstveni diskursi usvojiti zdravstvenu politiku i program razvoja zdravstva do 2020. godine koji je donijela EU. Ministarska konferencija SZO usvojila je izvješće o preventivnim aktivnostima u kontekstu *Zdravlje 2020*. Predviđaju se četiri pravca djelovanja:

1. Zdravstvo podešeno narodu (*People centered system*)
2. Osnaživanje bolesnika (*Empowering patients*)
3. Uspostavljanje partnerske zdravstvene zaštite (*Making Co-producer of Care*)
4. Uspostavljanje novog informacijskog sustava (*Establishing New information System*).

Uskoro će se te ideje razvoja zdravstva pojaviti u zakonima i uredbama o organizaciji zdravstvene zaštite i svim nastavnim kurikulima obrazovanja zdravstvenih profesija. Energija koja se unosi tim zakonima i edukacijskim procesima suprotstaviti će se postojećim tradicionalnim centralističkim formama organizacije zdravstvene zaštite. Traži se potpuno drukčije ponašanje zajednica u kojima se tradicionalne vrijednosti moraju preformulirati u nove ideološke i organizacijske pojmove. Pojaviti će se javnozdravstveni diskursi na sceni društvenog života gdje će pojedine interesne grupacije i dionici razvijati brojne diskurzivne prakse o tome kako decentralizirati zdravstvene programe s razina ustanova u otvorenu populaciju zdravih i bolesnih te kako među njima smanjiti nejednakosti. *Equity* postaje dominantna tema diskurzivnih praksi.

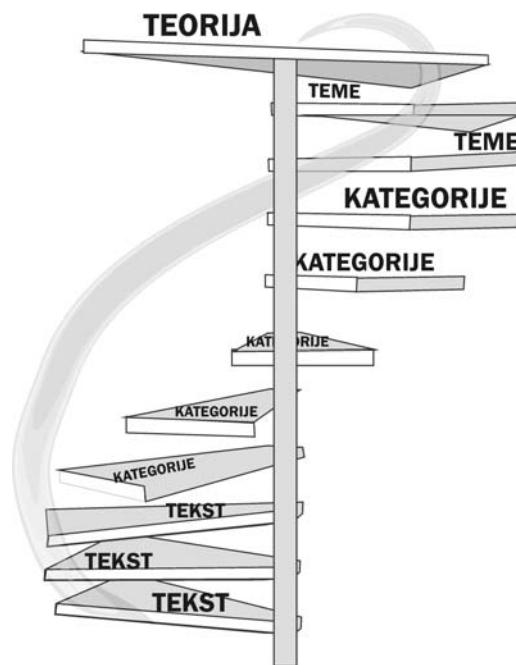
Teorijski očekujemo pojavu novih procesa u organizaciji zdravstvene zaštite. Jedan je takav proces u kojemu se izvjesna javnozdravstvena problematika koja se ne raspravlja i ne izaziva nikakve debate, tzv. non-diskurs, pretvara u jake diskurzivne prakse u kojima će dominirati tema zadržavanja tradicionalne kolotečine i orijentacije prema svojim interesima. Današnje zdravstvene ustanove i profesije čine egocentriranu mrežu interesa. To će biti javni diskursi moći u Foucault-ovom smislu, povezani s relacijama moći politika, svjetonazora, ideologija, jakih ustanova i moćnih pojedinaca.

*Javni diskurs se stvara tako da se u isti mah kontrolira, selekcionira, organizira, raspoređuje i interpretira.*

U početku imamo non-diskurzivnu problematiku, što znači da se dane zdravstvene probleme zadržava za sebe, unutar zajednice, i ako i postoje želje za promjenama zajednica se opire rješavanju. Kada se pojavi 'trigger' u obliku zakonskih reformi pojave novih ideologija, socio-psihološkog nezadovoljstva, neodržive financije ili neki novi atraktor non-diskurzivna problematika emergira i oslobađa se kao diskurzivna praksa.

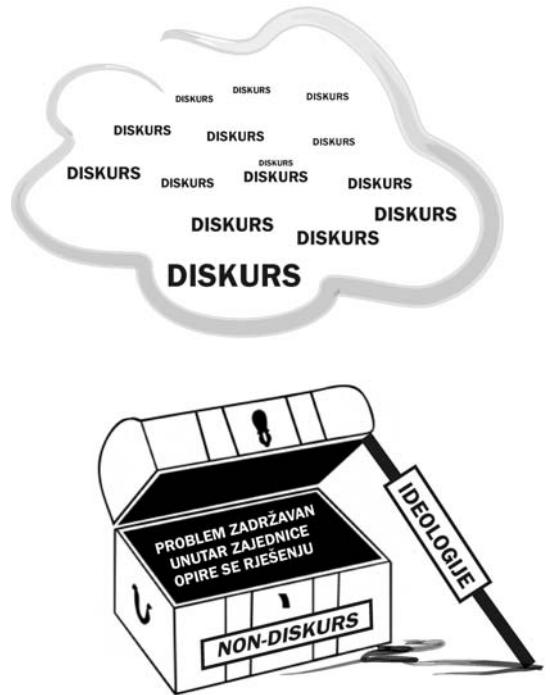
Javni diskurs često se organizira i funkcionira kao komunikacijska zajednica istomišljenika i homogenih entiteta jakih međusobnih veza (*bonding*) te sa jakim djelovanjem na ostale populacijske skupine i zajednice. U vrijeme zdravstvenih i društvenih reformi komunikacijska zajednica može poprimiti organizacijske forme udruge. U nedavnoj hrvatskoj diskurzivnoj praksi nalazimo više primjera takvih zajednica, spomenimo samo tijekom javnog diskursa o definiciji braka ili formiranje udruge obiteljskih liječnika u tijeku javnog diskursa o organizaciji primarne zdravstvene zaštite. Takve zajednice razvijaju svoj princip stavova i vjerovanja te propisa o zajedničkom djelovanju.

Koja je vrijednost, materijalna, moralno-etična i duhovna javnozdravstvenog diskursa, posebno brojnih diskurzivnih praksi u zatvorenim i otvorenim populacijskim skupinama? Da li analiza diskurzivnih prak-



si predstavlja jedan poseban oblik javnozdravstvenih istraživanja?

Vrijednost javnog diskursa je u njegovoj interpretaciji, objašnjavanju smisla, tumačenja razumijevanja i shvaćanja dane zdravstvene problematike. Diskurzivna analiza kao nova kvalitativna metodologija nastala je upravo radi razumijevanja kompleksne dinamike javnog diskursa i njene prakse. Svaki javni diskurs se politizira. Diskurzivna analiza daje granice i oblike izrecivosti i rješavanja javnozdravstvenog problema. U javnom zdravstvu mi moramo podići realnu razinu problema na introspekcijsku i interpretativnu, kako bi pristupili rješavanju problema ne s pozicije moći nego s pozicije argumentiranog znanstvenog dijaloga.



## Referencije

Bohm D, 2009, O dijalogu, AKD d.o.o., Zagreb

Foucault M, 2010, Riječi i stvari, u Žmegač V, Prošlost i budućnost 20. Stoljeća, Kulturološke teme epohe, Matica Hrvatske, Zagreb

Foucault M, 2010, Foucault M, The Government of Self and Others, Lectures at the College de France 1982 – 1983, PALGRAVE macmillan, United Kingdom.

Foucault M, 1998, Arheologija znanja, prev. Kozomara M, Plato, Beograd.

Saussure de F, 2010, Tečaj opće lingvistike, u Žmegač V, Prošlost i budućnost 20. Stoljeća, Matica Hrvatske, Zagreb.

Jorgensen M and Phillips L J, 2002, Discourse Analysis as Theory and Method, SAGE Publications, London.

## **MEDIJI I ZDRAVLJE – MOGU LI NOVINARI I DOKTORI ZAJEDNO?**

**Tea Vukušić Rukavina, Ognjen Brborović, Mario Harapin**

U razdoblju 2002.-2013. održano je u Grožnjanu dvanaest tečajeva pod naslovom *Mediji i zdravlje*. Počelo je spontano, inicijativom nekolicine javnozdravstvenih radnika. S vremenom su se tečajevi pretvorili u stalni godišnji javni diskurs između medija s jedne strane i zdravstva s druge.

Teme tečaja Mediji i zdravlje

- 2002 – Rješenja za krizne situacije
- 2003 – Komunikacija u kriznim situacijama
- 2004 – Vjerodostojnost informacija u zdravstvu
- 2005 – Pogreške u novinarstvu i zdravstvu
- 2006 – Cijena zdravlja
- 2007 – Politička bitka za zdravlje
- 2008 – Kakvu reformu zdravstva želimo
- 2009 – Reforma zdravstva u doba krize
- 2010 – Korupcija: istina i percepcija
- 2011 – Privatno i javno zdravstvo
- 2012 – Strategija zdravlja 2012 – 2020
- 2013 – Zdravstveni sustavi EU

Tijekom godina nastala je komunikacijska zajednica u kojoj se raspravlja, pregovara, debatira i dolazi do značajnih suprotstavljanja unutar i između zdravstvenih profesionalnih skupina, a što tečaj *Mediji i zdravlje*, koji se održava u okviru *Motovunske ljetne škole unapređenja zdravlja* posljednjih 12 godina, i jest.

S obzirom na to da je javnozdravstveni diskurs refleksija na određenu problematiku zdravstvene zaštite i sustava zdravstva, trenutak koji definiramo kao generator tečaja *Mediji i zdravlje*, koji je inicirao promišljanje i na neki način pokrenuo nas da organiziramo ovakav tip skupa koji omogućuje razmjenu mišljenja i iskustava, bila je *afera Baxter* koja se dogodila u Hrvatskoj u listopadu 2011. godine.

Tijekom *afere Baxter*, kada su u pet dana 24 osobe umrle zbog pogreške na dijalizatorima, koje je proizvela tvrtka Baxter, a Pliva je bila uvoznik za Hrvatsku, shvatili smo da ne postoji učinkovit sustav komunikacije u hrvatskom zdravstvu - ni horizontalan (između zdravstvenih institucija) niti vertikalni (zdravstvene institucije prema nadležnim institucijama i ministarstvima). Kao moralni čin odgovornosti, neke od posljedica *afere Baxter* bile su ostavka ministricice zdravlja, prof. dr. Stavljenić Rukavina, ravnateljice KBC-a Zagreb, prof. dr. Večerine te ravnateljice Hrvatskog zavoda za javno zdravstvo, prof. dr. Strnad. S obzirom na to da je *afera Baxter* bila tipičan primjer *krizne situacije*, koja je vrlo jasno demonstrirala spoznaju da zdravstveni djelatnici ne znaju dovoljno, štoviše, znaju jako malo o komunikaciji tijekom krize (kako internoj tako i eksternoj), prvi tečaj *Mediji i zdravlje* održan u srpnju 2002. godine posvetili smo *komunikaciji u kriznim stanjima*.

Organizatori tečaja su bili Škola narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ Medicinskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, Hrvatska mreža zdravih gradova i Zbor zdravstvenih i medicinskih novinara Hrvatskog novinarskog društva, a direktori tečaja Gordana Pavleković, Tea Vukušić Rukavina i Mario Harapin.

Tečaj *Mediji i zdravlje* od samog je početka bio zamišljen kao trodnevno okupljanje glavnih aktera i dionika u sustavu zdravstva s jedne strane i medija s druge strane s ciljem da se unaprijedi međusobna komunikacija - unutar zdravstva i između zdravstva i medija. Tečaj je okupio pedesetak stručnjaka iz vodećih medija i zdravstva: novinare tiska, radija i televizije, liječnike, ravnatelje bolnica, glasnogovornike bolnica i kliničkih centara, predstavnike Hrvatske liječničke komore, Zavoda za javno zdravstvo, predstavnike farmaceutske industrije i druge koji su aktivno uključeni u suradnju s medijima.

Prvog dana tečaja 2002. godine izneseni su vrlo oprečni stavovi predstavnika zdravstvenih institucija i predstavnika medija. Uz vrlo žustru i dinamičnu raspravu koja je pokazala mnoštvo predrasuda obje strane, mi, kao direktori tečaja, imali smo osjećaj da je doživljavanje problematike komunikacije u kriznim stanjima u većine sudionika tečaja bilo intrinzično. Posljedično, njihove vrlo energične ekspresije stvorile su „negativno“ obojenu količinu energije te se činilo da skup neće završiti na idealno i pomalo utopijski način, koji smo zamislili na početku kao unaprjeđenje komunikacije i međusobno razumijevanje. Međutim, već drugi dan tečaja dinamika između sudionika tečaja postala je sasvim drugačija, puno opuštenija i ležernija. Radionica *Kako održati konferenciju za medije* u kojoj su zdravstveni djelatnici dobili ulogu novinara, a novinari uloge zdravstvenih djelatnika, pokazala je i jednima i drugima ograničenja i zahtjevnosti svake od profesija te omogućila



bolji uvid u njihove zahtjevnosti. Jedan od bitnih čimbenika koji je doprinio promjeni energije u smjeru „pozitive“ je samo mjesto i okruženje na kojem se tečaj održavao. Motovun i Istra sa svojom arhitekturom su toliko čarobni da se sukobi s lakoćom zaborave, a neformalni način rada, ponajviše u radionicama, upravo potiče razmjenu iskustava koja je neophodna za međusobnu suradnju koja je preduvjet boljeg međusobnog razumijevanja.

Tečaj je zaključen izradom algoritama o postupanju u uobičajenim i kriznim situacijama, kako novinara tako i zdravstvenih i farmaceutskih stručnjaka, što smo tada shvaćali kao konkretan proizvod tečaja.

Ono čega u tom trenutku (ni mi kao direktori tečaja niti sudionici) nismo bili svjesni bilo je da smo generirali kritičnu masu ljudi koji žele razgovarati, raspravljati, pregovarati, debatirati i međusobno se suprotstavljati, ali koji imaju sposobnost razumijevanja i argumentiranog uvažavanja stavova suprotstavljene strane i mogu doći do konsenzusa. Ta kritična masa bila je spremna za povratak u Motovun na tečaj *Mediji i zdravlje* 2003. godine, a kao što je vrijeme pokazalo, kritična masa se svake godine povećavala.

U razdoblju od 2002. do 2006. godine tečaj se održavao u Motovunu. Naglasak tečaja i dalje je bio na raspravi o aktualnoj temi (ovisno o godini) te usvajanju novih znanja i vještina iz područja komunikacije. Glavne teme tečaja tih godina bile su kreiranje komunikacijskih smjernica u kriznim situacijama i potreba za glasnogovornicima u zdravstvenim institucijama (2003.), vjerodostojnost informacija u zdravstvu (2004.), pogreške novinara i zdravstvenih djelatnika (2005.), a 2006. godine na našem je tečaju javnosti prezentirana nova *reforma zdravstva* kroz izmjene nekoliko ključnih zdravstvenih zakona: Zakona o osnovnom i dobrovoljnom zdravstvenom osiguranju i Zakona o zdravstvenoj zaštiti. Na tom tečaju po prvi put je bio prisutan i aktualni ministar zdravstva, prof. dr. Neven Ljubičić.

Osim što se broj sudionika povećavao svake godine, od 2004. godine vođenju tečaja se kao jedan od direktora priključio i Ognjen Brborović, čime smo postali osnaženi za nove ideje i dodatnu kreativnost u pristupu vođenja i osmišljavanja tečaja.

Tijekom tečaja 2006. godine postali smo svjesni da su potrebne promjene u nekoliko segmenata. Odlučili smo sljedeće godine tečaj održati u Grožnjanu. Tečaj je i nadalje ostao sastavni dio *Motovunske ljetne škole unaprjeđenja zdravlja*. Grožnjan smo odabrali kao probnu opciju, s obzirom na to da smo se nadali da ćemo imati veću logističku podršku lokalne zajednice u provedbi tečaja. Iskustvo prethodne godine nam je pokazalo da je prisutnost čelnog čovjeka zdravstva u Hrvatskoj, ministra zdravstva, bilo mamac za neke nove sudionike. Bilo je to vrlo pozitivno ocijenjeno i od strane “starih“

sudionika jer su dobili mogućnost vrlo direktne komunikacije s ministrom. Sadržaj programa smo bili izmijenili na način da aktualnim zdravstveno političkim temama i čelnim ljudima u sustavu zdravstva damo više značaja te je od 2007. godine prvi dan tečaja *Mediji i zdravlje* posvećen zdravstvenoj politici. Kako su se 2007. godine održavali parlamentarni izbori, za temu tečaja izabran je naslov *Politička bitka za zdravlje*.

U jeku predizborne kampanje predstavnici parlamentarnih stranaka prezentirali su svoje predizborne zdravstvene programe sudionicima tečaja - novinarima koji prate zdravstvo, liječnicima, medicinskim sestrama, predstavnicima farmaceutskog sektora, predstavnicima zdravstvenih institucija i nevladinih udruga. Svoje su zdravstvene programe predstavile koalicija HSLS-PGS-HSS, DC, HSU, IDS, HNS, HSP i SDP dok je HDZ u posljednjem trenutku otkazao sudjelovanje na tečaju pravdajući se općim saborom HDZ-a. Tijekom svake predizborne kampanje neminovno se nameće pitanje postoji li u Hrvatskoj biračko tijelo koje percipira segment ozbiljne i realne zdravstvene politike u programu stranke, te koliko je zdravstveni program presudan na konačnu odluku birača. Jedan od ciljeva tečaja *Mediji i zdravlje 2007* svakako je bio *motivirati stranke* da pomno isplaniraju svoje zdravstvene programe i predstave ih javnosti. Osim sadržaja iz domene zdravstvene politike, unaprjeđenje suradnje i komunikacije te je godine ostvareno *programom timskog rada* koji je uključivao igre (paintball, olimpijadu staro-hrvatskih igara i potragu za blagom) a rezultati timova, njihova suradnja, snalažljivost i zadovoljstvo tijekom izvršenja zadataka dokazala je da je i te godine osnovni cilj postignut.

Promjena lokacije održavanja tečaja u Grožnjan pokazala se kao izvrsna odluka jer je Grožnjan osim ljepote svojih građevina i prirodnog okruženja te vrlo specifičnog izoliranog položaja koje ima kao i Motovun, ponudio gostoprimstvo i dobre vibracije lokalne zajednice na način da su i oni sami vrlo brzo postali akteri svakog sljedećeg tečaja *Mediji i zdravlje*.

Tečaj iz 2007. *Politička bitka za zdravlje* bio je naš probni balon „kako utjecati na političare“, i nakon što smo uspješno implantirali desetak pitanja u predizbornu bitku čime smo postigli da se značajno više spominju zdravlje i zdravstvo u političkom diskursu, poželjeli smo još i više...poželjeli smo kreirati politiku.

Tečaj u 2008. s naslovom *Kakvu reformu zdravstva želimo* u velikom je stilu otvorio, ciljanim govorom o značaju zdravlja, predsjednik RH Stjepan Mesić. Niz biranih govornika slagao je sve kompleksniju sliku kako bi zdravstveni sustav trebao izgledati i uskoro je svima postala jasna kompleksnost sustava, brojnost dionika i njihovih parcijalnih interesa te slabost korisnika-pacijenata da utječu na sustav. Katarzično iskustvo ovog

tečaja većinom su percipirali zdravstveni profesionalci dok su novinari imali pune ruke posla „hvatajući“ predsjednika, zamjenike ministra, dekane i druge govornike na skupu. Bez iznimke, svima nam je postalo jasno da „biti ministar zdravstva na jedan dan“ jednostavno nije dovoljno za dobru reformu. Reforma zdravstva nije jednostavan posao isključivo zato što je jako komplicirana. Nama u nasljedstvo je ostao entuzijastični pokušaj mijenjanja sustava zdravstva nabolje, ali i iskren osjećaj „male snage“, i zaključak da se krupni pomoci definiraju uglavnom u malom krugu za stolom koordinacije Vlade RH.

Nakon izleta u 2007. i 2008. u politički teritorij koji je od nas tražio „još više i još jače“ 2009. je počela s Krizom (s velikim K)... globalnom krizom za koju većina sudionika i organizatora nije mogla ni naslutiti u kolikoj mjeri će se prelići na našu malu zemlju. Međutim, taj *buzzword* „kriza, kriza, kriza“ koji se sa svake strane mogao čuti kao alibi, kao prijetnja, kao najava, kao pomodarstvo, omogućio nam je da bez imalo dileme napravimo tečaj 2009. *Reforma zdravstva u doba krize* koji je na jedan dan skupio državnog tajnika ministarstva zdravstva, ravnatelja HZZO, ravnatelje najvećih bolnice i predstavnike pacijenata da kažu što možemo očekivati od Krize. Međutim, prilika je iskorištena da bi se prezentirala inventura financija u zdravstvu u proteklih godinu-dvije te povremeno lelek da novaca nema dovoljno za ove i one potrebe. Iz današnje perspektive, jasno je da nikome nije bilo jasno što nam se sprema i da nitko nije bio spreman za Krizu. Samo je jedan govornik, prof. dr. Letica najavio što će nam stvarno uslijediti - teška depresija u društvu, temeljem istraživanja prof. dr. Ingleharta o blagostanju i sreći nacija koje je pokazalo nezaustavljiv, porazno strmi trend srozavanja osjećaja sreće u proteklom desetljeću u Hrvatskoj. Na grožnjanskom Titanicu glazba je i dalje svirala, svatko je gledao svoje trenutne interese i kriza je bila tek fraza koja nas nije previše dirala jer „pobogu, zar je ikada bilo da nismo bili u krizi?“.

Veliki „šlagvort“ u 2010. godini za tečaj dala nam je knjiga „Korupcija u hrvatskom zdravstvu“ urednika Dražena Gorjanskog i mučna afera prof. dr. Kurjaka koja je prerasla u aferu s prof. dr. Matkom Marušićem. Kriza, stezanje remena, jačanje nezadovoljstva u zemlji, korupcija u visokoj politici i javni govor u medijima o korupciji u zdravstvu bili su očiti razlog da napravimo tečaj 2010. *Korupcija, istina i percepcija*. Inicijativa tajnika ministarstva dr. Golema da razdvoji percepciju korupcije u zdravstvu od činjenica bila je tek pokušaj izgradnje pomoćnih nasipa pred poplavom medijskih objava i skandaloznih informacija koji su nas dočekale u nastavku tečaja. Zahvaljujući njegovoj inicijativi u diskurs je uvedena terminološka diferencija između percepcije i zbilje te je uspostavljen odnos koji kaže da je percepcija korupcije uvijek veća od dokazanih (ne)djela korupcije u zdravstvu. Zdravstveni sustav u ocjeni korupcije u društvu dobiva na

značaju i postaje vrlo osjetljiv lakmus papir općeg stanja, a potvrdu tome dao je predsjednik RH Ivo Josipović koji je u govoru prisutnima zatražio od svakog građana RH da prijavi traženje mita od strane liječnika ili državnog namještenika jer „korupcija je kriminal koji se događa u četiri oka“ i tek ju je općim društvenim zalaganjem moguće smanjiti. Fraza „neka institucije rade svoj posao“ jednostavno ne znači ništa kada je korupcija u pitanju.

Tečaj 2011. pod nazivom *Javno i privatno zdravstvo* omogućio je većini sudionika da počne razmišljati o *privatnim resursima* u okviru javnog zdravstva jer je detaljno ocrtao mogućnosti i trendove koji s jedne strane pokazuju zaostajanje zdravstva kad je u javnom vlasništvu i, s druge strane, povećanje korištenja i napredak zdravstva kad je u privatnom vlasništvu. Također, skromno započeo proces javno-privatnog partnerstva u 1997. sa Specijalnom bolnicom za kardiovaskularne bolesti Magdalena dosegao je volumen od gotovo 5% svih troškova u zdravstvu... i ne pokazuje znakove posustajanja. Naučili smo da nema povratka, naučili smo da nas nitko nije ništa pitao daleke 1997. i naučili smo da je privatni sektor moćan i utjecajan, a naslutili smo da kriza uopće nije dotakla dno i da će žrtve biti još veće te da nikoga neće čuditi ako pale žrtve bude upravo privatna polovica javno-privatnog partnerstva.

Neminovnost ulaska u EU i promjena vlasti stvorila je kod Hrvata ogromna očekivanja. U proljeće 2012. kriza je na trenutak bila zaboravljena, dovoljno da se počne razmišljati o budućnosti i da se u skladu s traženjima EU sastavi *Nacionalna strategija zdravstva za razdoblje 2012.-2020.* Obiman dokument sastavljen dovoljno detaljno i stručno da nije jednostavno naći greške, entuzijastičan i elokventan ministar svima dostupan za pitanje-dva ostavili su svima dojam da bi moglo doći do promjene. Iako, na temelju prezentacije *Nacionalne strategije* nitko nije mogao naslutiti kakve će promjene uslijediti, nadali smo se da će promjene ići *nabolje*. U javnozdravstveni diskurs, po prvi puta od kad je Hrvatske, dodali smo novi značaj Strategiji zdravstva...odjednom je Strategija postala obavezujući dokument, a ne tek promidžbena aktivnost svakog prijašnjeg ministra zdravlja. Ulazak u EU obavezao je hrvatsko zdravstvo na planiranje te je direktno povezao Strategiju s glavnim tokovima sredstava u osmogodišnjem razdoblju do 2020. Što nije u Strategiji neće biti financirano od strane strukturnih fondova EU, lekcija koju smo na tečaju 2012. „nabubali“ a tek nam predstoji da ju i naučimo u praksi.

I napokon, 2013. sredina lipnja, sitno se odbrojavaju dani ulaska u EU i u Grožnjanu započinje tečaj *Zdravstveni sustavi Europske unije – nova prilika za bolje zdravstvo RH ili tek još jedna nepravilnost?.* Redaju se govornici, najavljuju promjene, najavljuju veća sredstva i bolju regulativu, najavljuju ulaganja u ljude i u tehnologiju, najavljuju rigoroznije praćenje

lijekova i brži ulazak na hrvatsko tržište. Zaključak je da nam EU nikako nije neprilika, ali pojavljuje se strepnja da možda neće biti niti nova prilika za zdravstvo. Očekuje nas gotovo *live* prijenos u kojem ćemo u narednim godinama moći vidjeti da li je teza da „imamo izvrsne stručnjake ali nedovoljno sredstava“ u zdravstvu točna...jer izgleda da će privlačenje sredstava iz EU ovisiti najviše o izvrsnosti domaćih stručnjaka jednom kada postanemo „ravnopravni“ s Nijemcima, Englezima, Francuzima ili Latvijcima.

Događaj, okruženje, ljude i dinamiku međusobnih odnosa nije moguće prenijeti na „mrtvo slovo papira“. Svjesni smo da je na području unapređenja komunikacije između medija i zdravstvene struke potrebno još puno truda, rada i dobre volje dviju strana koje su toliko vezane zajedničkim interesima. Na sreću, dobri primjeri i zaključci postali su dio kolektivne memorije polaznika tečaja i neprimjetno ušli u svakodnevicu kao da su oduvijek prisutni u međusobnoj komunikaciji. To je veliki uspjeh tečaja kao i brojna prijateljstva koja su ostvorena upravo u Motovunu tj. u Grožnjanu.

## Referencije

Mediji i zdravlje, Liječničke novine 2013, Dostupno na: file:

:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrator/My%20Documents/Downloads/LN%20120%20-%20za%20web.pdf

Radionica protiv stigme - Mediji i zdravlje, Grožnjan 2009, Dostupno na: [http://www.youtube.com/watch?v=WaHk3mcX\\_qE](http://www.youtube.com/watch?v=WaHk3mcX_qE)

Tečaj Mediji i zdravlje, Grožnjan 2012, Dostupno na: <http://dalje.com/hr-hrvatska/tecaj-mediji-i-zdravlje-odrzava-se-krajem-lipnja-u-groznjanu/435452>

Nacionalna strategija zdravstva 2012-2020. glavna je tema tečaja „Mediji i zdravlje“ u Grožnjanu, Dostupno na: [http://www.zdravlje.hr/novosti/novosti/nacionalna\\_strategija\\_zdravstva\\_2012\\_2020\\_glavna\\_je\\_tema\\_tecaja\\_mediji\\_i\\_zdravlje\\_u\\_groznjanu](http://www.zdravlje.hr/novosti/novosti/nacionalna_strategija_zdravstva_2012_2020_glavna_je_tema_tecaja_mediji_i_zdravlje_u_groznjanu)

Predstavnici parlamentarnih stranaka na tečaju Mediji i zdravlje, Dostupno na: <http://www.barkun.hr/2007/06/29/predstavnici-parlamentarnih-stranaka-na-tecaju-mediji-i-zdravlje/>

# **UDALJAVAMO LI SE OD OBJEDINJENE PRIMARNE ZDRAVSTVENE ZAŠTITE?**

**Biserka Bergman Marković**

Dobro je poznata činjenica da dobro organizirana primarna zdravstvena zaštita stvara bolje pokazatelje zdravlja nacije (Macinko J, 2003). Što se događa u zadnjih 15-tak godina s primarnom zdravstvenom zaštitom u Republici Hrvatskoj. Je li ona dobro organizirana?

## **Privatizacija ili „zakupizacija“ primarne zdravstvene zaštite**

U doba socijalizma primarna zdravstvena zaštita bila je uglavnom u državnom sektoru kao i gospodarstvo. Davne 1952. stvoren je prvi Dom zdravlja na Trešnjevci u Zagrebu. Tijekom vremena mreža domova zdravlja proširila se regionalno po cijeloj državi. Međutim, tada nije bilo bitno koliko takav jedan Dom zdravlja košta u odnosu na skrb koju pruža, da li je on rentabilan ili ne, koliko timova liječnika opće prakse sadržava, je li broj timova unutar doma zdravlja relevantan podatak za kvalitetno organiziranje i kvalitetu zdravstvene zaštite? Sve je to plaćala država, a koliko je to koštalo ni pacijenti a ni liječnici to nisu znali. Svaki liječnik opće medicine dobio je određeni broj pacijenata o kojima je skrbio. Svakom stanovniku bila je zakonom zagarantirana zdravstvena zaštita. Pacijenti dobivaju pravo na slobodni izbor liječnika opće medicine tek krajem 70-tih godina prošlog stoljeća (Pravilnik, NN 041/07; Zakon, NN 80/13, NN 137/13).

Promjenom društvenog sustava, uvođenjem tržišnog mehanizma i u javni sektor, dogodile su se promjene i u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. U poratnim godinama, kada se krenulo u privatizaciju gospodarstva, donesena je 1997. godine odluka i o privatizaciji primarne zdravstvene zaštite (Pravilnik, NN 6/96., 29/97., 1/98., 45/99., 121/99., 112/00., 87/02). Vjerojatno su zdravstvene vlasti došle do zaključka kako je glomazni dom zdravlja nerentabilan i kako bi ulaskom privatnog sektora u primarnu zdravstvenu zaštitu, došlo do pomaka u opsegu rada i kvaliteti zbrinjavanja. Pretpostavka je bila točna. Odluka o privatizaciji vođena je jednostavnom računicom da privatni sektor svoj posao obavlja mnogo opreznije glede potrošnje sredstva za lijekove, opremu i obrazovanje jer taj isti novac dolazi iz sredstva samog liječnika. Privatnu praksu počeo je uvoditi ratni i poratni ministar zdravlja prof. dr. sc. Andrija Hebrang, vođen idejom oporavka zdravstva koje je kao i gospodarstvo bilo u vrlo lošem stanju.

Prvobitno zamišljenom reformom primarne zdravstvene zaštite svi liječnici obiteljske medicine trebali su otići u privatnike (osim onih koji su bili 3 godine prije umirovljenja ili su imali manje od 5 godina radnog iskustva). Zamišljeno, učinjeno. Svi liječnici (koji su imali zadane uvjete) trebali su potpisati „sporazumni prekid radnog odnosa“. Na taj način je niz liječnika iz državnog sektora preveden u privatnike, bez plaćanja otpremnina! Izmišljen je status „zakupca“, pravno potpuno nejasni subjekt, prvenstveno radi želje za što bržom privatizacijom, uz istovremenu svijest o nemogućnosti kupnje prostora i opreme od strane liječnika (Zakon, NN 121/03, članak 139). Kako su ti liječnici radili u prostoru koji su zakupili od Doma zdravlja njihov status je prozvan „zakup“, a oni „zakupci“. Umjesto privatizacije desila se „zakupizacija“ primarne zdravstvene zaštite. Ugovor se sklapao s Domom zdravlja na osnovu Zakona o zdravstvenom osiguranju, i na osnovu rješenja Ministarstva zdravstva koje je ujedno odredilo i najveću cijenu zakupa. Osiguranim osobama doktor u zakupu nije smio direktno naplaćivati svoje usluge, ali je to smio neosiguranim osobama i korisnicima privatnog osiguranja.

Jesu li zakupci bili privatnici? Nisu.

Zakupac je bio individualni zdravstveni radnik, liječnik obiteljske medicine u ugovornom odnosu sa Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO). Zakupac je imao sve obveze kao i pravi privatnik. Plaćao je državi sve doprinose za sebe i za medicinsku sestru (koju je morao zaposliti bez obzira na broj pacijenata i opseg rada), financijski je bio odgovorni subjekt na tržištu. Međutim, osim obveza kao pravi privatnik nije imao i prava privatnika. Najvažnije, nije imao pravo na posjedovanje intelektualnog vlasništva. Njegovo intelektualno vlasništvo bili su njegovi pacijenti. U pacijente, u njihovo zbrinjavanje, dijagnostiku njihovih bolesti i njihovo liječenje ugrađeno je sve njihovo znanje. Odlaskom u mirovinu oni nisu imali pravo nasljeđivanja, nisu imali pravo prodaje i/ili zapošljavanje mladog liječnika, kao što primjerice imaju liječnici u Njemačkoj. Zakupca bi naslijedio drugi liječnik kojeg je Upravno vijeće Doma zdravlja izabralo. Također nisu imali pravo pojaviti se na tržištu. Zakupci su bili plaćeni isključivo „glavarinom“ prema broju osiguranika koje su imali u skrbi. Plaćanje glavarinom je jedan tromi nekvalitetan mehanizam kada liječnik dobiva plaću nezvezano uz kvalitetu rada. Nikakva stimulativna, opće poznata mjerila kvalitete rada tada nisu upotrebljavana. Bilo je potrebno imati samo veliki broj pacijenata za dobar život.

## **Individualizacija primarne zdravstvene zaštite - što je s kvalitetom rada?**

Primarna zdravstvena zaštita, odnosno, tri četvrtine liječnika koji su radili u zakupu, tako se individualizirala, bez ikakve mogućnosti stvaranja grupnih praksa. Deklarativno je HZZO od 2003. do 2008. godine nudio 3% od godišnje glavarine za stvaranje grupnih praksi, ali to nije očigledno put kako se grupne prakse stvaraju. Nitko od liječnika nije se htio odreći svoje samostalnosti za 3% godišnje glavarine, (mada to nije bio mali novac), a ostale pogodnosti koju prava privatna grupna praksa nudi nije dobio. Od 2009. je HZZO ugovorom nudio i 5% od godišnje glavarine za stupanje u grupnu praksu - također bez rezultata. Zdravstvena vlast je tako stimuliranjem stvaranja grupne prakse pokušala riješiti glavnu negativnost zakupa -nedostupnost liječnika. Liječnik je radio pola dana, a u drugoj polovici dana pacijent je opterećivao hitnu službu, koja tako opterećena prestaje biti hitna.

Zna se da je grupna praksa prvenstveno interesno okupljanje za zajedničku dobrobit i pacijenata i liječnika i cijele zajednice. Poznato je da grupna praksa znatno doprinosi kvaliteti zbrinjavanja pacijenata u skrbi zbog niza stvari. Primjerice, nabavka dijagnostičkih aparata, 14-satna dostupnost pacijentima, liječnicima lakša zamjena za godišnji odmor, mogućnost lakše edukacije, te cijeli niz drugih pogodnosti (objedinjavanje administrativnih usluga, centralno naručivanje pacijenta, usmjeravanje pacijenta prema hitnosti) koje se na takav način mogu riješiti u puno jeftinijoj primarnoj zdravstvenoj zaštiti umjesto da se pacijent šalje na skuplji sekundarni nivo, bolnicu. Tu je potrebno navesti i međusobne stručne konzultacije, prije / umjesto upućivanja na specijalističko konzilijarnu zdravstvenu zaštitu (SKZ), evaluacija vlastitog rada (racionalizacije dijagnostičkih i terapijskih postupaka) te praćenje učinka rada indikatorima kvalitete od strane samih članova grupne prakse i/ili vanjskih članova (HZJZ i /ili HZZO). Unutar grupne prakse potiče se stručno usavršavanje (specijalizacije, kongresi, radionice, stručni radovi), jer je to u interesu svih članova grupne prakse. Ako su bolji, grupna praksa je bolja i prihodovanje je bolje. Međutim stvarni mehanizmi za stvaranje grupnih praksi nisu do danas pokrenuti.

## **Pretvaranje „zakupizacije“ u koncesiju**

Približavanjem Europi, RH je morala pravno podesiti zakonodavstvo prema pravilima Europske unije pa se i pravni pojam „zakup“ morao promijeniti. Zakup kao pojam za obavljanje privatne prakse u Europskoj uniji je neprepoznatljiv te se novim zakonskim odredbama, za obavljanje privatne prakse u primarnoj zdravstvenoj zaštiti uvodi koncesija (Zakon, NN 143/12).



Zdravstvena vlast je tada imala drugu šansu da postavi organizaciju primarne zdravstvene zaštite na onu u svijetu uobičajenu: podjela na državni i privatni sektor. Međutim to se opet ne dešava. „Zakupizacija“ se pretvara u koncesiju, pravno jasniji pojam, ali organizacija primarne zdravstvene zaštite time puno ne dobiva. Iako u svijetu postoji koncesija u javnom sektoru, to se rijetko rabi. Privatni sektor je privatni sa svim svojim lošim i dobrim stranama, a državni je državni. Koncesija se u svijetu upotrebljava za pojedina vrlo teško dostupna područja gdje bi zdravstvena zaštita na drugi način bila teže organizirana. Primjerice, u Sloveniji su u privatizaciju PZZ išli postupno, vrlo polagano. Danas u Sloveniji radi oko 30% liječnika opće medicine u koncesiji, a 70 % u domu zdravlja, dok u RH je 2010 godine bilo 23,4% liječnika u domovima zdravlja, a 73,6 % liječnika u koncesiji (HZJZ, 2010). Jedina zemlja Europe koja je u cijelosti “privatizirana” putem koncesije je Makedonija. U ostalim zemljama bivše Jugoslavije, u Rumunjskoj, Bugarskoj i Turskoj PZZ je organizirana na državnom nivou, s vrlo malim postotkom čistih privatnika.

Na temelju koncesije može se obavljati zdravstvena djelatnost obiteljske (opće) medicine, dentalne zdravstvene zaštite, zdravstvene zaštite dojenčadi i predškolske djece, zdravstvene zaštite žena, laboratorijske dijagnostike, medicine rada i zdravstvene njege u kući. Koncesionar u RH je javno-zdravstveni djelatnik s ugovorom o koncesiji na 10 godina, uz ugovor s HZZO na puno radno vrijeme bez obzira koliki broj pacijenata imao u skrbi i uz obvezu zapošljavanje medicinske sestre bez obzira na krajnji osobni dohodak.

Negativna strana koncesije je i dalje *individualizirana* zdravstvena zaštita. U odnosu na pacijenta glavna negativnost je i dalje *otežana dostupnost* liječnika. Hitna služba i dalje je jako opterećena nepotrebnim pozivima pacijenata u vrijeme kada njihov liječnik ne radi. Negativna strana koncesije u odnosu na liječnika je i dalje otežana zamjena za godišnji odmor, bolovanje, odlazak na stručno usavršavanje, što bi se sve kroz grupnu praksu moglo riješiti.

### **Novo prihodovanje diže kvalitetu rada, pokušaj približavanja grupnoj praksi**

Da bi se dobio potpuniji uvid u privatizaciju zdravstvene zaštite potrebno je spomenuti načine njezinog financiranja. RH spada, zajedno s Njemačkom, Austrijom, Belgijom, Nizozemskom i Irskom, u zemlje koje zdravstvenu zaštitu financiraju na doprinosu zaposlenih, odnosno doprinosu poslodavaca od bruto prihoda za obvezno zdravstveno osiguranje. Alternativna zdravstvena osiguranja postoje ali su zasad manje razvijena. I danas se to

zove *Bismarckov model* po ondašnjem kancelaru Prusije koji ga je uveo. Španjolska, Portugal, Grčka, Finska, Danska, Italija i Velika Britanija financiraju zdravstvenu zaštitu kroz porez, a takva nacionalna zdravstvena služba naziva se još i *Beveridge model* po lordu Beveridge-u koji ga je uveo. Zdravstvena zaštita u Velikoj Britaniji smatra se najbolje organiziranom na svijetu, gdje organizacija rada u PZZ kroz grupne prakse postoji dugi niz godina. Europska zdravstvena osiguranja razlikuju se od privatnog osiguranja i tržišnih uvjeta financiranja zdravstvene zaštite u SAD gdje mnoga osiguranja nude svoje usluge.

Novom reformom PZZ u RH od 1.4.2013. mijenja se i struktura prihodovanja (HZZO, 2013). Više liječnik nije plaćen isključivo prema broju pacijenata u skrbi. Struktura plaćanja se mijenja u hladni pogon s 43% prihoda te varijabilni dio. U hladni pogon ulazi i plaća sestre prema kolektivnom ugovoru uvećana za doprinose, minimalna plaća liječnika i ostali materijalni troškovi. Varijabilni dio sadržava: glavarinu s 20% prihoda, dijagnostičko terapijske postupke - DTP sa 29% prihoda i po 4% prihoda otpada na ključne pokazatelje uspješnosti i 4% na pokazatelje kvalitete rada. U ključne pokazatelje uspješnosti ulazi količina sredstva potrošenih na propisivanje lijekova na recept, stopa bolovanja, upućivanje u laboratorij na nivou primarne zdravstvene zaštite, upućivanje u SKZ te prijavljivanje zaraznih bolesti. U pokazatelje kvalitete rada ulaze različiti klinički pokazatelji tzv. paneli za praćenje liječenja hipertenzije, šećerne bolesti, KOPB i astme, te rad na primarnoj prevenciji KVB. Plaćanje prema tom pokazatelju je moguće ako dnevno ispune liječnici barem jedan panel.

To je jedan kvalitetan pokazatelj rada, ali bi bio još kvalitetniji kada bi objedinjene i evaluirane podatke HZZO vratio liječniku na uvid za daljnje poboljšanje rada. Kvalitetniji način stimulacija je prema učestalosti otkrivene bolesti na populacijskom nivou, što je moguće uvesti. Najkvalitetnija stimulacija je prema postignutom ishodu liječenja, kao što postoji u Velikoj Britaniji, no i ta mogućnost u budućnosti postoji.

Prihodovanje se može ostvariti i uz 5% glavarine za ulazak u grupnu praksu. HZZO nudi za ulazak u grupnu praksu dodatnu besplatnu medicinsku sestru za 6 liječnika. To je sigurno velika pomoć i razlog zašto bi se liječnici obiteljske medicine odlučili za takvu „grupnu praksu“. I to je to. Je li to prava grupna praksa, hoće li ona osim zamjene za godišnje odmomore donijeti i opću dobrobit za pacijente, liječnike i društvo što je navedeno prije u tekstu?

## **Podijeljenost primarne zdravstvene zaštite prema radnom statusu**

Kakve oblike radnog statusa sada imamo u primarnoj zdravstvenoj zaštiti RH: 1. Liječnik obiteljske medicine zaposlen u Domu zdravlja, plaćen je fiksnom plaćom bez obzira na broj pacijenata i napravljenih DTP postupaka. 2. Liječnik obiteljske medicine u koncesiji koji radi u zakupljenom prostoru Doma zdravlja, dohodak mu uglavnom ovisi o broju i dobnoj strukturi pacijenata, kao i napravljenim DTP postupcima. 3. Liječnik obiteljske medicine u koncesiji u vlastitom prostoru, trebao bi biti plaćen kao i liječnik u zakupljenom prostoru od Doma zdravlja, ali ima mogućnost otvoriti zdravstvenu ustanovu, polikliniku, grupirati se u monovalentnu ili polivalentnu pravu grupnu praksu i tako dodatno zarađivati. 4. Liječnik obiteljske medicine koji radi kao čisti privatnik, koji za dobru organizaciju primarne zdravstvene zaštite nema nikakvu važnost.

Kakva je to podijeljenost? Suštinska.

Liječniku koji radi u Domu zdravlja uskraćeno je 29% prihoda koji se odnosi na DTP postupke. Zamislite čekaonicu u Domu zdravlja u kojoj pacijenti čekaju svoje liječnike. Jedna vrata vode u ordinaciju liječnika u koncesiji, a druga vrata vode u ordinaciju liječnika koji radi u Domu zdravlja. Oba rade isti posao i imaju podjednaki broj pacijenata, a liječnik u Domu zdravlja ima 29% prihoda manje. Istina je da je Dom zdravlja jedna velika grupna praksa, ali nije grupna praksa stvorena interesom liječnika već odredbom, koja između ostalog određuje i 29% manju plaću tim liječnicima.

## **Funkcionira li primarna zdravstvena zaštita kao cjeloviti sustav?**

Je li želja za boljom povezanosti primarne zdravstvene zaštite razlog zašto je zdravstvena vlast odlučila „zakupce“ pretvoriti u koncesionare umjesto u prave privatnike?

Sustav primarne zdravstvene zaštite mora funkcionirati kao jedinstven sustav, i mora biti dobro povezan sa sekundarnim nivoom, bolnicom. Postoji li povezanost liječnika u koncesiji i liječnika u Domu zdravlja? Osim zajedničkih dežurstava tijekom vikenda i blagdana nikakva druga povezanost ne postoji. Iz Upravnog vijeća Doma zdravlja jedan član koji je bio rezerviran za predstavnika liječnika u koncesiji, krajem 2013. je izbrisan, tako da ni te formalne poveznice više ne postoje. Dom zdravlja funkcionira zasebno, a liječnici u koncesiji zasebno. Daljnji odlazak liječnika koji stječu uvjet za odlazak u koncesiju je zaustavljen. Postotak liječnika u koncesiji biološkim putem se smanjuje, jer se odlaskom u penziju ili smrti liječnika ordinacije u koncesiji vraća se u Dom zdravlja. Ako je taj omjer

nepovoljan zašto čekati dvadesetak godina? Ako koncesije nisu riješile najbitniju karakteristiku primarne zdravstvene zaštite, dostupnost liječnika, zašto ne primijeniti organizaciju primarne zdravstvene zaštite na državni i privatni sektor kao što postoji u Velikoj Britaniji? Mnogi koncesionari bez inovativnih i menadžerskih sposobnosti vratili bi se u Dom zdravlja dok bi prave grupne prakse bile lokomotiva racionalne i učinkovite primarne zdravstvene zaštite. Načinom sadašnjeg financiranja polako se približavamo Velikoj Britaniji, zašto onda ostavljamo koncesije?

Je li zaustavljanje koncesije i povratak u velike domove zdravlja, racionalni pristup organizacije primarne zdravstvene zaštite? Imamo li mi za to novaca? Pitanje iz naslova i dalje stoji. Idemo li mi prema objedinjavanju primarne zdravstvene zaštite ili u obrnutom pravcu? Unatoč kvalitetnih pojedinačnih koraka (strukturirano prihodovanje), sve smo dalje od objedinjavanja primarne zdravstvene zaštite u jedinstveni i racionalni sustav.

## Referencije

Macinko, J, Starfield, B, Shi, L, 2003, The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998, Health Serv Res, vol.38, 3, pp.831-865.

Pravilnik o načinu ostvarivanja prava na slobodan izbor doktora medicine i doktora stomatologije primarne zdravstvene zaštite, NN 041/07.

Zakon o obveznom zdravstvenom osiguranju, NN 80/13, NN 137/13.

Pravilnik o uvjetima za davanje u zakup zdravstvenih ustanova primarne zdravstvene zaštite i lječilišta, NN 6/96., 29/97., 1 /98., 45/99., 121/99., 112/00., 87/02.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 121/03, članak 139.

Zakon o zdravstvenoj zaštiti, NN 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 154/11., 12/12.

Zakon o koncesijama, NN 143/12.

Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis, 2010, HZJZ

HZZO vodič kroz ponudu novog modela prihodovanja PZZ OM, Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, 19.01.2013

# ELEKTRONIČKI ZDRAVSTVENI ZAPIS ILI ZDRAVSTVENI KARTON NA NEKONVENCIONALNOM MEDIJU?

Josipa Kern

## Moj osobni susret s e-dokumentacijom u zdravstvu

Pri susretu s doktoricom, specijalistom dermatologije, primijetila sam da tijekom obrade pacijenta (u ovom slučaju mene osobno) sjeda za računalo i piše anamnezu, status i sve ostalo što se u takvim situacijama radi. Znajući da je u bolnici instaliran bolnički informacijski sustav (BIS), potaknuta profesionalnom ljubopitljivošću zapitala sam je „jeste li zadovoljni s BIS-om?“ „O, da“ rekla je „više ne moramo brinuti hoće li pacijent svoju dokumentaciju donijeti na sljedeći kontrolni pregled – sve imamo tu u računalu“. Nisam više pitala, ali sam počela razmišljati o korisnosti i iskoristivosti tog zapisa – je li tradicionalna papirnata dokumentacija i način dokumentiranja (u pravilu, u obliku slobodnog teksta) jednostavno preslikan na novi medij uz uporabu suvremene informacijske tehnologije ili se pri kreiranju tog zapisa uključilo mogućnosti koje informacijska i komunikacijska tehnologija (IKT) nudi. Direktnu presliku papirnatu dokumentacije (tzv. zdravstvenog kartona) na elektronički medij mogli bismo zvati „elektroničkim zdravstvenim kartonom“ ili, jednostavno, „e-kartonom“. Radi li se u ovom slučaju o e-kartonu ili smo dobili elektronički zdravstveni zapis (EZZ)?

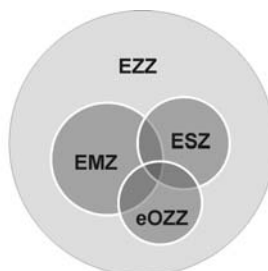
### Tipovi zapisa u medicini/zdravstvu

EMZ – elektronički **medicinski** zapis

EZZ – elektronički **zdravstveni** zapis

ESZ – elektronički **sestrinski** zapis

eOZZ – elektronički **osobni**  
zdravstveni zapis



## Izazov suvremenih informacijskih tehnologija

Povijesno gledano, informatizacija u zdravstvu bila je pravi izazov za informatičare (doduše, tada se nisu tako zvali) u svijetu ali i u nas. Prvi pokušaji hvatanja u koštac s informatizacijom u zdravstvu pripadaju

problematici konstituiranja i vođenja zdravstvenih registara (npr. registri za rak). Opća medicinska dokumentacija se nije činila osobito zanimljivom, barem ne na početku. Konačno, ni računala nisu bila „svuda i svagdje“ niti su bila dovoljno potentna da bi pokrila potrebe koje medicinska dokumentacija traži – da bude dostupna uvijek i svagdje gdje je to potrebno, da omogućiti longitudinalno praćenje pacijenta i pouzdano dodavanje novih podataka koji su rezultat praćenja (npr. rast i razvoj djeteta u pedijatriji ili školskoj medicini, tijekom liječenja i kontrole glukoze u krvi dijabetičkog bolesnika i sl.), i, konačno da bude zaštićena od gubitka ili zlorabe, odnosno da bude dostupna samo ovlaštenim osobama koje sudjeluju u praćenju/liječenju pacijenta. Doduše, bilo je izazova koje tadašnja IKT također nije mogla rješavati na zadovoljavajući način, ali izazovi su bili takvi da ih se nije moglo mimoći (npr. izgradnja ekspertnih sustava koji bi, poput liječnika specijalista, postavljali dijagnozu ili sugerirali terapiju). Najveći problem u svemu tome bilo je *nerazumijevanje dviju osnovnih struka* za koje se očekuje vrlo uska suradnja u odgovoru na izazov koji ih je zaintrigirao. Bili su to IKT- profesionalci s jedne strane (koji razumiju tehnologiju) i zdravstveni profesionalci s druge strane (koji razumiju medicinu, odnosno zdravstveni sustav unutar kojega djeluju). Nažalost, nisu se razumjeli jer su govorili različitim jezicima. Moglo bi se reći da problem komunikacije ovih dviju struka i danas još uvijek postoji.

Sustavni pristup informatizaciji medicinske dokumentacije u Hrvatskoj započeo je početkom 21-og stoljeća. Započelo se s primarnom zdravstvenom zaštitom (CEZIH) godine 2002. Desetak godina nakon potpune implementacije u obiteljskoj medicini (OM) može se konstatirati da je mnogo toga napravljeno, za neke stvari gotovo savršeno (npr. izdavanje recepata). A što kažu liječnici? Što kažu medicinske sestre/tehničari? Što kažu zdravstveni menadžeri, zdravstveno osiguranje, javno zdravstvo, politika?

## Hrvatsko iskustvo

### Iskustvo jednog liječnika obiteljske medicine (LOM)

Prvo iskustvo s aplikacijom namijenjenoj radu u ambulanti OM imao je nekoliko nedostataka: radna mjesta liječnika i sestre nisu bila umrežena; samo je mali dio podataka bio zabilježen u elektroničkom zapisu što implicira potrebu za dodatnom papirnatom dokumentacijom; nemogućnost prikaza niza (npr. laboratorijskih) nalaza kako bi se pratilo uspješnost terapije; nespremnost vendora da doradi aplikaciju prema zahtjevu korisnika (liječnika).

Promjenom aplikacije (LOM-u nije preostalo drugo nego da postojeću aplikaciju zamijeni drugom) nije bilo moguće prenijeti upisane podatke pacijenata nego se moralo krenuti ispočetka (unos podataka preko tastature – prepisivanje iz papirnate dokumentacije). Ovom je aplikacijom bio riješen dio problema prethodne aplikacije, ali liječnik je zahtijevao i izvjesnu potporu odlučivanju (npr. podsjećanje na termin vakcinacije). Vendor nije bio spreman na tu dogradnju, pa je došlo do nove promjene.

Isti je LOM promijenio još nekoliko aplikacija. Generalno gledajući, najčešći problem je bio u vendoru koji nije ispunjavao potrebe naručitelja (LOM-a) i nekompatibilnosti strukture podataka iz prethodnih aplikacija s novom aplikacijom. Nadalje, uz svako novo iskustvo (učeci o mogućnostima IKT) LOM je, težeći da unaprijedi svoj rad u ambulanti, zahtijevao dogradnju aplikacije što je vendor smatrao preopterećenjem i nije ga uvažavao, što je rezultiralo promjenom vendedora/aplikacije (nekoliko puta).

Zaključno, na temelju vlastitog iskustva LOM predlaže sljedeće: aplikacija u ambulanti OM treba biti jednostavna za uporabu, mora osigurati umreženost liječnika i sestre, omogućiti pretraživanje po kriterijima definiranim *ad hoc*, mora omogućavati evaluaciju i kontinuirano unapređivanje rada u ambulanti te provođenje znanstvenih istraživanja, dozvoliti/omogućiti eksportiranje izabраниh podataka u neki od standardnih formata kako bi se omogućilo provesti i sofisticiraniju analizu podataka, i, konačno, mora sadržavati tzv. obiteljski zapis („obiteljski karton“) koji povezuje članove iste obitelji, odnosno automatski i kontinuirano mora moći dopunjavati obiteljski zapis čim se pojavi pacijent koji pripada odnosnoj obitelji.

### **Što liječnici misle o aplikacijama koje im se nude?**

Kako u Hrvatskoj još uvijek nije provedena sustavna certifikacija aplikacija za potrebe ambulante OM (provedena je samo tzv. „provjera spremnosti“, odnosno provjera da li lokalna aplikacija komunicira s centralnom), načinjena je anketa kojom se pitalo liječnike kako su zadovoljni s dvjema, najčešće implementiranim aplikacijama u ambulantama OM koje su anketarima bile dostupne.

Ispitivanje je pokazalo da obje aplikacije zadovoljavaju rutinske procedure (npr. recepti, uputnice, bolovanja i sl.) i liječnici ih ocjenjuju visokim ocjenama, gotovo jednako za obje aplikacije. Dizajn i fleksibilnost aplikacija imaju nešto niže ocjene, a najproblematičnijom se čini zaštićenost podataka pacijenata – liječnici ne vjeruju u sigurnost podataka, posebno kada se radi o aplikaciji kojoj se pristupa putem mreže. Više se vjeruje aplikaciji koja je instalirana na računalu u ambulanti, premda obje lokalne aplikacije šalju

podatke putem mreže u centralni repozitorij (bazu podataka pacijenata registriranih u zdravstvenom osiguranju).

U svojim komentarima liječnici navode da edukacija o aplikacijama i njihovom korištenju nije zadovoljavajuća pa često ne znaju što sve aplikacija može dati. Priručnici nisu jasno napisani. Liječnici se tuže i na neodgovarajuće funkcioniranje – spor pristup informacijama („previše klikova“), povremeni prekidi („pad sustava“, prekidi u mreži). Pozitivno se izjašnjavaju o rutinskim funkcijama (recepti i sl.). Pozitivno ocjenjuju upozorenja koja sustav daje (npr. o alergiji, cijepljenju i sl.).

### **Pitali smo liječnike na specijalizaciji iz OM**

Pri anketiranju liječnika na specijalizaciji iz OM 2004./2005. godine tek je mali broj imao u svojoj ambulanti instaliranu aplikaciju. Najmanje instaliranih aplikacija imali su liječnici u ambulantama u domovima zdravlja. Privatni liječnici i liječnici s ambulantama u zakupu imali su više iskustva s informatičkim aplikacijama. Ipak, u to doba bilo je to nešto novo i korišteno gotovo isključivo za izvještavanje i rutinske procedure (recepti i sl.). Uz to, liječnici su u to vrijeme morali voditi dvostruku dokumentaciju (zbog zakona koji je zahtijevao vođenje papirnate dokumentacije) pa je razumljivo njihovo nezadovoljstvo s postojećim aplikacijama.

Pri anketiranju liječnika na specijalizaciji iz OM 2013./2014. godine situacija se pokazala posve drukčijom. Svi liječnici su imali informatizirane ambulante. Aplikacije su bile različite jer su liječnici mogli izabrati bilo koju s CEZIH-ovog portala za koju je potvrđeno da može komunicirati s centralnom aplikacijom, odnosno centralnom repozitorijom podataka o pacijentima. Sve aplikacije dobro obavljaju rutinske procese (recepti, uputnice, bolovanja). Ono što nedostaje ili nije dovoljno dobro napravljeno, barem u nekim aplikacijama, je: povijest bolesti, mogućnosti sofisticiranog korištenja (fleksibilno postavljanje upita ili eksport podataka za dodatne obrade i analize) te potpora odlučivanju (upozorenja i podsjećanja).

### **„Otvorena“ pitanja**

Na kraju ankete, nakon niza pitanja sa zaokruživanjem ponuđenih odgovora, liječnici na specijalizaciji su bili zamoljeni da dodaju svoj komentar: što je dobro u aplikacijama koje koriste u svojim ambulantama, što je loše i što bi bilo poželjno učiniti kako bi informatizacija doista imala smisla. U komentarima liječnici su napisali sljedeće:



### **Dobre strane:**

- povezanost s centralom pa se može lako promijeniti pripadnost pacijenta timu
- pisanje uputnica i receptata štedi vrijeme
- mogućnost provjere osiguranja

### **Slabe strane:**

- loša preglednost (u prvom redu) povijesti bolesti
- previše menija na jednoj stranici, previše „klikanja“ da bi se dobila željena informacija, previše zahtjeva za potvrđivanjem izabrane radnje
- česti padovi sustava (ili ne radi internet), pa nastane gužva i nervoza u čekaonici
- sporost sustava
- prijave malignih i zaraznih bolesti pišu se ručno (u nekim aplikacijama)
- teško se dolazi do podataka iz prijašnjih posjeta/bolesti (puno otvaranja raznih kategorija)
- neažurnost lista lijekova (u nekim aplikacijama)
- nepotpunost popisa djelatnosti u koje se upućuje pacijent
- nema dijagnostičkih i terapijskih smjernica
- kratke edukacije za korištenja programa (nikad nema vremena)
- prednost u doradi aplikacije daje se zahtjevima HZZO-a a manje se slušaju zahtjevi liječnika
- nema prikaza pacijenata po određenim dijagnozama i lijekovima
- ponekad krivo zbroji dane do kada pacijent ima terapiju
- kod prijave ili dopunskog osiguranja često se javlja greška a pacijent je prijavljen i plaća dopunsko
- slaba podrška pri uvođenju novih funkcionalnosti
- za praćenje pacijenata na trajnoj terapiji, npr. praćenje PV mora se otvarati svaki pojedinačni laboratorijski nalaz
- problemi s upisivanjem početka i kraja hospitalizacije (ponekad se upisuje početak kao datum kad je izdana uputnica)
- informatičari ne surađuju dovoljno s doktorima, ne slušaju, jer oni „bolje znaju gdje je problem“

- kod zamjena često se ne piše ime kolege, ili ako je sa sestrinog računala upisan podatak, bilježi se samo ime nositelja tima
- česte promjene obrazaca i izbornika usporavaju rad

### **Poželjno bi bilo:**

- bolja suradnja i komunikacija s administratorima sustava
- osigurati alternativni server u slučaju kada jedan otkaže
- dodati smjernice, nuspojave i interakcije lijekova
- povezivanje sa sekundarnom i tercijarnom zaštitom
- načiniti aplikaciju koja bi omogućila pretraživanje baze podataka po raznim kriterijima

### **Zanimljivi cjeloviti komentari liječnika OM**

#### **Što je dobro i gdje su problemi:**

Sam izgled programa bio je konfuzan za shvatiti. Tehnički dio, slanje uputnica i recepata je zadovoljavajuće. Ne mogu izvući podatke recimo o pacijentima koji su zadnji put bili u ordinaciji prije 3 ili 5 godina. To aplikacija nema. Ono što mogu vidjeti je potrošnja lijekova, ali pojedinačno, koja je vrsta antihipertenziva – aplikacija ne daje. Ne daje podatke pravovremeno kada je pacijent završio bolničko liječenje ili počeo. Trebalo bi da imam upozorenje kada uđem u karton da li je pacijent u bolnici, stacionarnoj fizikalnoj rehabilitaciji (problem preklapajućih recepata – „HZZO sve kontrolira“). Nemam pregledno mogućnost da vidim i unesem podatke o cijepljenju. Samo u izvješću mogu vidjeti koliko je potrošeno čega (AnaTe,...). S obzirom na to da imam pacijente koji su u ovoj ambulanti od pedijatrijske skrbi, nema mogućnosti staviti redovna cijepljenja od rođenja do sada. Tražim stare kartone. Često se ne mogu informirati o osiguranju (pad sustava). Prijave malignih i zaraznih bolesti pišem ručno jer sustav ne omogućava prijavu preko CEZIH-a. Treba ispunjavati puno podataka o pacijentu koje ni on sam ne zna. Ako smo ja i sestra na istom pacijentu, onda ne mogu ništa raditi (*error*). Kad nema interneta sve podatke moram naknadno upisati s tim da datume moram mijenjati ručno. Nadam se da će s vremenom program napredovati jer je programer suradljiv. Možemo mu predlagati što nam treba, kakve promjene da napravi da nam bude lakše.

Dobre strane naše aplikacije su pisanje uputnica, recepata te obrazaca (ispričnica) te izrada mjesečnog izvješća pošto je puno jednostavnije slati podatke preko CEZIH-a na HZZO-ov portal nego printati papire i to nositi na HZZO i u DZ (čiji sam zaposlenik). Loše strane i ono što

treba poboljšati u ovoj aplikaciji je prikaz osobnih podataka (bračni status, zanimanje, telefon, alergije, cijepljenja) za pacijenta u posebnoj rubrici tj. na jednom mjestu da bude pregledno, jer smo sada prisiljeni tražiti i ulaziti u više kategorija kako bi našli pojedine podatke. Također treba poboljšati prikaz pojedinih posjeta pacijenata, povijest bolesti, kako se ne bi gubilo vrijeme na traženje određenih podataka iz ranijih posjeta. Isto tako ne bi bilo loše kada bi se u pojedinu rubriku moglo pohraniti (tekstom) različiti nalazi pacijenta kojima bi imali pristup pri upućivanju specijalistima ili na daljnju obradu. Ostale loše strane naše aplikacije, odnosno ono što bi trebalo omogućiti su ispunjavanje i slanje obrazaca o zaraznim bolestima te prijava malignih bolesti putem CEZIH-a jer smo još uvijek na ispunjavanju papirnatih obrazaca koje moramo dostaviti Zavodu za javno zdravstvo (ZJZ). Također veliki projekt naručivanja tzv. e-naručivanje u specijalističkoj zdravstvenoj zaštiti (SZZ) loše funkcionira, odnosno funkcionira samo za neke specijalističke ambulante. A kada se dobije termin pacijenti ga ne žele prihvatiti jer nemamo uvid koji liječnici-specijalisti kada rade (pacijenti su navikli ići istom specijalistu). Nadam se da će probleme uskoro naša informatička služba (INMED) uspjeti riješiti kako bismo mi imali kvalitetniji odnos tj. rad s pacijentom prilikom posjeta.

### **Poželjno bi bilo:**

Smatram potrebnim dodati u program:

1. podatke o lijeku
2. mogućnost interakcije lijekova te upozorenja za slučaj postojanja interakcija
3. smjernice za dijagnostiku i liječenje bolesti prihvaćene od stručnih društava u RH, npr. barem smjernice za liječenje hipertenzije, dijabetesa KOPB-a, budući da se od nas kao liječnika OM očekuje da zbrinjavamo u potpunosti pacijente sa spomenutim kroničnim bolestima
4. omogućiti prikupljanje podataka iz kartona, minimalno iz tzv. kroničnih panela, a u svrhu njihovog klasificiranja i obrade za potrebe praćenja vlastitog rada i pisanje znanstvenih radova
5. omogućiti integriranje digitaliziranih nalaza pacijenata u sam karton. Naime, trenutno skeniramo, npr. ja mogu povezati s kartonom pacijenta ali se nalaz sprema u zasebni file nezavisan o samom programu i zasebno se sprema na hard disk. Značajno bi štedjeli vrijeme.
6. omogućiti integriranje EKG zapisa, nalaza spirometrije te fotografija u sam program.

### **Usporedba nekih aplikacija:**

Jako sam zadovoljna s Inkonovim programom. Proteklih tjedan dana sam radila u ambulanti kod mentorice koja koristi program Medicus, tako da sam se malo upoznala i s tim programom. Mogu zaključiti da je Inconov program bolje strukturiran. Pregledniji je i lakše se može snaći u tom programu. Pisanje receptata i uputnica je također jednostavnije. Kod Inconovog programa je bolje vidljivo do kada pacijent ima određeni lijek te smjernice za propisivanje lijekova. Također, uvedena je gradacija lijekova po skupoci, ocjenjuju se po „smajlicima“ (to bih jedino možda navela kao manu programa). Stranica s uputnicama je također bolje strukturirana. Dok se na Medicusovoj stranici vrste uputnica dobiju „klikanjem“ i posebno se otvaraju, na Inconovoj su smještene na desnoj strani i lako su uočljive. Kod Medicusa svi su pacijenti na bolovanju stavljeni u istu grupu, a kod Incona su razdvojeni po duljini bolovanja. Mjesečni izvještaj nisam radila na Medicusu. Na Inconu je to vrlo jednostavno. Također vrlo jednostavno se može doći do podataka koliko je lijekova potrošeno po danu ili mjesečno. Jedina mana obaju programa je često pucanje veza i slaba povezanost. I na kraju, jako sam zadovoljna s Inkonovim programom i preporučujem ga svima.

Budući da sam imala prilike raditi u 3 različita programa (Incon, Medicus, Vegasoft) mogu reći da mi je svaki od njih imao dijelove koji su bili bolji i one koji nisu bili tako dobri. Npr. u Medicusu mi je najveći problem predstavljalo nemogućnost rada prilikom prekida ili nedostupnosti internetske veze te nešto kompliciraniji postupak pravljenja izvještaja. Što se tiče dobrih stvari koje bih da mogu prenijela iz Medicusa u Vegasoft bilo bi pretraživanje dijagnoza upisom nekoliko početnih slova. Ili, pretraživanje lijekova prema generičkom imenu. To uvelike ubrzava rad. U Medicusu su također vrlo dobro riješena pretraživanja po određenim parametrima. Mislim da u Vegasoftu nisam još dovoljno dugo radila kako bih otkrila sve prednosti i mane. Smatram da, što se tiče preglednosti u svim programima, veliku ulogu imaju navike - sve je to tamo samo na drugim mjestima. Budući da nisam radila isključivo s papirnatim kartonima, moram priznati da mi je takav način rada nezamisliv i vjerojatno teško izvediv.

### **Inicijative i praksa u sestrinstvu**

„Zakon o sestrinstvu regulira cijelu praksu sestrinstva i on regulira vođenje sestrinske dokumentacije. U početku se vodila u papirnatom obliku. Sada su razvijene brojne aplikacije koje su integrirane u bolnički informatički sustav (BIS) ili se prodaju kao samostalne aplikacije koje se koriste u bolnicama.“ – IM

„U sveobuhvatnom liječenju dijabetičkih bolesnika važan udio zauzima terapijska edukacija pri čemu najveći dio aktivnosti pripada sestrinstvu. Svrha je osposobiti bolesnika kako postići optimalnu regulaciju bolesti svladavanjem vještina terapije i samokontrole, kao i podukom o postupcima u suočavanju s problemima vezanim za očuvanje zdravlja i bolest, te motivirati bolesnika za brigu o vlastitom zdravlju. Pri tome medicinske sestre kreiraju i koriste elektroničke sestrinske zapise koji su važne sastavnice jedinstvenog elektroničkog zdravstvenog zapisa bolesnika. Osobe sa šećernom bolesti su u velikoj mjeri uključene u vlastito liječenje. Jedan od načina je samokontrola razine glukoze u krvi uređajem za brzo čitanje koji ima mogućnost dugoročnog praćenja i temeljitog analiziranja vrijednosti. Očitanje se pohranjuje kao elektronički osobni zapis, te je tako sastavnica jedinstvenog zdravstvenog zapisa bolesnika. Omogućava svim uključenim profesionalcima donošenje najboljih mogućih odluka u liječenju bolesnika. Bolesnika ovakva uključenost motivira i pomaže mu nositi se sa svim nedaćama koje nosi njegova kronična bolest - bolje razumije sva zdravstvena zbivanja, jednostavnije upravlja bolešću i više i kvalitetnije koristi ostatak zdravlja.“ – MM

„Uzevši u obzir da veliki broj naših pacijenata nije iz Zagreba komunikacijom sa pacijentima putem e-maila olakšan je transportni i financijski aspekt liječenja/savjetovanja pacijentima. Definitivno nam je olakšan način uspostavljanja komunikacije i održavanja iste“ - MK

„Standarde informacijske pismenosti potrebno je uključiti u sve segmente sestrinstva, budući da je to jedan od temelja za razvoj i nadogradnju sestrinske profesije.“ – MFM

„...uz pomoć registra laringektomiranih osoba medicinske sestre bi pravovremeno mogle obići takve osobe, na vrijeme ih uputiti ako uoče probleme ili im pomoći, kako ne bi došlo do komplikacija koje zahtijevaju hospitalizaciju.“ – BP

Uključenost sudionika - „Sudjelovali smo u planiranju i izradi aplikacija. Podijelili smo svoja iskustva i upozorili na što bi se trebala obratiti pozornost, a koje stvari su možda suviše. Zadovoljni smo načinom na koji smo uključeni.“ – MM

„Iznimna važnost je pohranjivanje podataka kroz aplikaciju koja omogućava da brojni podaci o pacijentima ostaju trajno pohranjeni, a u tekućem procesu rada su važne informacije značajne za planiranje zdravstvene njege i samu organizaciju sestrinske prakse.“ – VI

„Informatizacija sestrinske dokumentacije omogućuje brzi uvid u podatke iz područja zdravstvene njege. Zbog sveopće pristupačnosti, umreženosti, uz povezanost podataka, lakši uvid u kronologiju zbivanja o osnovnim ljudskim potrebama, stanju pacijenta vezano za tijek bolesti, omogućuje se suradnja i participacija svih medicinskih sestara u kliničkoj jedinici. Kompletiran elektronički oblik povezuje se s elektroničkim zapisima drugih profesija. Na taj način će se, uz postepeno oblikovanje informacijskih sustava, svi objediniti u određenoj kliničkoj jedinici. Sljedeći korak pretpostavlja povezivanje s drugim bolnicama i ustanovama. To će omogućiti svim zdravstvenim djelatnicima pristup sestrinskim, medicinskim i drugim zdravstvenim podacima, uz poštivanje visokih standarda zaštite podataka.“  
– BK

„... prednost aplikacije Kardio očituje se u tome što se na jednom mjestu evidentiraju svi provedeni postupci tijekom boravka bolesnika na odjelu kardijalne kirurgije i jedinici intenzivnog liječenja čime se dobiva trajan uvid u stanje bolesnika, kontinuitet skrbi, kronološki pregled podataka i evaluaciju. Nadalje, podaci su pregledniji i brže se pristupa podacima u samo nekoliko klikova mišem. Jedna od dobrih strana aplikacije je i to što se podaci trajno pohranjuju, pa ako se nešto „zaboravilo“ reći usmenom primopredajom u svakom trenutku se može iščitati iz aplikacije. „ – JD

„Od ograničavajućih čimbenika rekla bih da je tu potrebna stalna edukacija osoblja, dodatna financijska sredstva te potreba za stalnim održavanjem informacijskog sustava.“ – MM

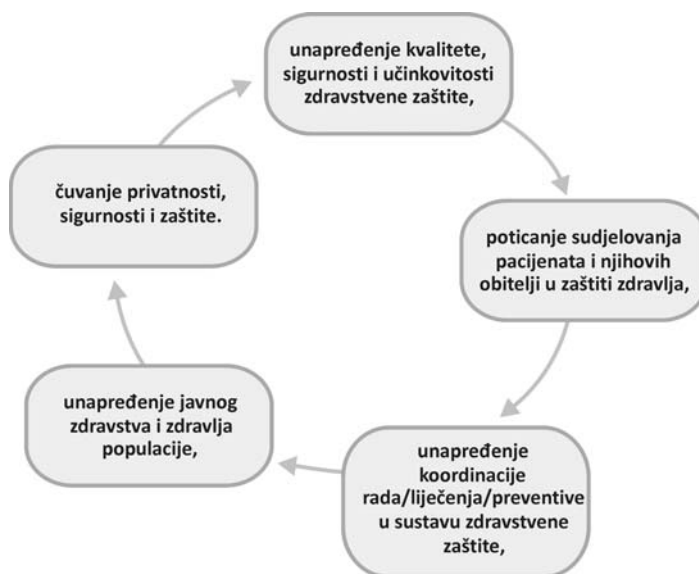
„Jednostavnim rječnikom to znači specijalista sestrinske informatike može ujediniti ekspertize sestrinske znanosti, računalne znanosti i informatičke znanosti za upravljanje podacima prikupljenim tijekom brige za bolesnike, a zatim stvaranje sigurnog informacijskog sustava koji će pomoći u komunikaciji i prijenosu informacija osobama koje su uključene u skrb.“ - BD

## Što danas kaže svijet

### Opći principi informatizacije zdravstvenog sustava

U svijetu se danas smatra da zdravstveni sustavi razvijenih zemalja *moraju* imati kao temelj svog funkcioniranja sustav EZZ-a. Samo EZZ, kao osnova zdravstvenog sustava, može doprinijeti značajnom i mjerljivom poboljšanju populacijskog zdravlja. Sustav EZZ-a mora biti *certificiran* prema zadanim kriterijima (npr. EuroRec-ovi Seal Level 1 ili Seal Level 2) sa svrhom da kroz transformaciju sustava zdravstvene zaštite i unapređenje njega samoga omogući sljedeće:

- unapređenje kvalitete, sigurnosti i učinkovitosti zdravstvene zaštite,
- poticanje sudjelovanja pacijenata i njihovih obitelji u zaštiti zdravlja,
- unapređenje koordinacije rada/liječenja/preventive u sustavu zdravstvene zaštite,
- unapređenje javnog zdravstva i zdravlja populacije,
- čuvanje privatnosti, sigurnosti i zaštite.



*Smisljena uporaba EZZ-a* (eng. *meaningful use - MU*) je pojam koji podrazumijeva realizaciju nabrojanih zahtjeva a kao preduvjet toga odgovarajući sadržaj EZZ-a. Treba li u EZZ-u biti demografskih podataka, podataka o vakcinaciji, o laboratorijskim nalazima, lijekovima i alergijama itd.? Treba li sustav EZZ-a pri svakom posjetu omogućiti pacijentu, npr. da dobije klinički sažetak iz svog EZZ-a u e-obliku koji bi on mogao pohraniti u svoj osobni zdravstveni zapis (OZZ) (eng. *Personal Health Record*)? Naime, OZZ je skup zdravstvenih podataka koje, za razliku od podataka iz EZZ-a, održava sam pacijent. Sherling npr. sugerira da klinički sažetak (eng. *patient's clinical summary*) treba izostaviti. Također vitalni znakovi su nepotrebni jer svaki liječnik zna kada su takvi podaci potrebni i zna ih dobiti. A što se tiče mjerenja kvalitete isti autor sugerira pet mjera koje su dovoljne za praćenje kvalitete: e-recepti, popis lijekova, alergije, interakcije lijekova i alergije na lijekove te traženje/izdvajanje EZZ-a pacijenata s određenim karakteristikama radi daljnje obrade, odnosno istraživanja.

## Diskurs o EZZ

Činjenica je da je zdravstveno osoblje, generalno gledajući, nezadovoljno postojećim sustavima elektroničkih zdravstvenih zapisa kakvi se danas na-čaze na tržištu. Postavlja se pitanje: može li se to *nezadovoljstvo pretvoriti u zadovoljstvo*? Ako da, kako i što treba promijeniti/učiniti? Pitanje je postavila Jennifer Bresnick na HIMSS-u i time pokrenula diskusiju o temi. Adresa na kojoj se može pratiti različita mišljenja je: [https://www.linkedin.com/ouItem?view=&item=5791982518378975235&type=member&gid=93115&trk=eml-b2\\_anet\\_digest-null-18-null&fromEmail=fromEmail&u=1cqHhuBG\\_TSCc1](https://www.linkedin.com/ouItem?view=&item=5791982518378975235&type=member&gid=93115&trk=eml-b2_anet_digest-null-18-null&fromEmail=fromEmail&u=1cqHhuBG_TSCc1) (pristupljeno: 5.svibnja 2014.).

Jedan od odgovora je komentar Kevina Hughesa (Co-Director, Avon Comprehensive Breast Evaluation Center, Massachusetts General Hospital): “Ne, nije moguće postići zadovoljstvo s postojećim EZZ-om. S nekim dobrim EZZ-om bilo bi moguće. Možda će neka sljedeća generacija EZZ-a to postići,... ako se takva uopće i pojavi.”

Daljnji komentari su sljedeći:

*Jesus M. Llanes, Jr. MD MBA (Medical Director at MCCI Medical Group):*

“Zdravstvena politika nikada nije brinula o zadovoljstvu zdravstvenih profesionalaca – to pokazuju postojeći zakoni i pravilnici ... zdravstvena zaštita se tretira kao bilo koja industrija ... pritom se ne želi razumjeti da se tu radi o ljudskim bićima a ne o automobilima... tu su i hardverski i softverski problemi, npr. zastarjelost softvera, sporost, greške u softveru... ljudi koji rade u IKT industriji znaju jako mnogo o kompjutorima a ništa ne znaju o pružanju zdravstvene zaštite... tehnologija ne funkcionira u engleskom zdravstvenom sustavu a u drugima još I manje... zaboravi na zadovoljstvo liječnika I medicinskih sestara u situaciji kada se zaboravlja na zdravlje I dobrobit naših pacijenata...”

„U medicini, nema lijekova, uređaja ili liječenja koje se koristi bez prethodnog istraživanja i odobrenja. Jedan od najvećih problema koje imamo je uvijek sve veći i veći broj propisa. Ipak, provedba EZZ-a ide bez propisa. Nitko ne zna broj ili proporciju “komplikacija” ili nuspojava zbog tih programa, jer tvrtke ne samo da ih ne otkrivaju, nego u njihovim ugovorima s bolnicama i liječnicima stoji zabrana da se o tome govori. I što Vlada radi? Ništa.“

*Michael Garver (CEO/Owner Premier Care Pediatrics LLC):*

„Govorimo o cjepivu. Nešto znam o tome. CDC je dao svakoj državi sredstva, da razvije vlastiti registar cijepljenja. Trebalo je razviti softver i distribuirati ga među državama kako bismo imali nacionalni registar



cijepljenja. Raspravlja se o tome već 20 godina. Sada mi se čini da smo čak i dalje od tog cilja. Možda treba napraviti (prijateljski) portal za pacijente tako da obitelji imaju pristup registrima cijepljenja umjesto da idu svojim liječnicima po te podatke. Što je sa školama i njihovu pristupu podacima o cijepljenju? Kad bi netko stvarno mislio o barijerama vezanim uz realizaciju tog cilja možda bi se primjenom tehnologije moglo postići stvarni napredak.“

„Uspješan EZZ bi trebao biti alat za praksu. Informatičari bi trebali upoznati radne procese liječnika i ostalog zdravstvenog osoblja i kreirati EZZ koji bi podržavao učinkovitost zdravstvene zaštite. Umjesto mnoštva “elektroničkih zapisa” od kojih svaki „puše u svoj rog“ treba odrediti norme za funkcionalnosti koje bi bile zajedničke svima. Radi interoperabilnosti svi moraju imati sličan okvir. Liječnici, često, pod pritiskom politike vlada moraju usvojiti “neki elektronički zapis” uz ponudu i poticaj u obliku novaca. Inicijativa, u pravilu, ne dolazi od strane liječnika. U pravim okolnostima elektronički zdravstveni zapis treba rad liječnika učiniti učinkovitijim i omogućiti mu da provede više vremena s pacijentom, te da bude produktivniji.“

Rob Tholemeier (Consultant):

„Svaki EZZ koji sam ja vidio izgleda upravo tako kao da ga je kreirao netko tko je pročitao priručnik *Visual Basic for Dummies*.“

Kon Champavannarath (Director of Information Systems at Bartow Regional Medical Center):

“Moguće bi bilo (nezadovoljstvo pretvoriti u zadovoljstvo) kada bi se svaki softverski product verificirao od strane liječnika I medicinskih sestara.”

O unosu podataka:

Randall Oates, MD, FAAFP (DOCS CPR, SOAPware, Inc. and DOCS Clinic and Institute, PLC):

“Tipični model koji sam vidio u primarnoj zdravstvenoj zaštiti je da netko drugi, a ne doktor, unosi podatke ...”

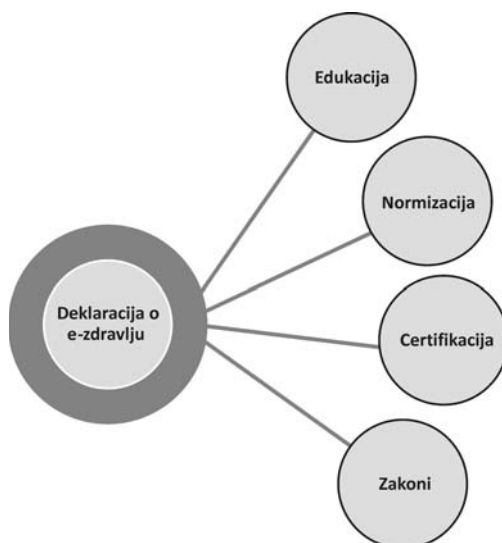
Randall Oates, MD, FAAFP (DOCS CPR, SOAPware, Inc. and DOCS Clinic and Institute, PLC):

“Istraživanja pokazuju (American Journal of Emergency Medicine) da liječnici troše 44% svog vremena na rad s EZZ-om i samo 28% posvećuju pacijentu. Četiri tisuće klikova mišem u deset sati rada u danu vise slični danu provedenom u igranju Solitaire nego pružanje pomoći pacijentu u hitnoj situaciji.”

## Otvoreni problemi i inicijative u Hrvatskoj

### Deklaracija e-zdravlju – produkt javnog diskursa

Deklaraciju o e-zdravlju donio je Odbor za e-zdravlje Akademije medicinskih znanosti Hrvatske. Deklaracijom se definira pojam e-zdravlja i daju se okviri unutar kojih ga treba realizirati. Ističe se potreba za primjerenom zakonskom regulativom e-zdravlja, edukacijom svih dionika e-zdravlja, normizacijom u području e-zdravlja i certificiranjem informatičkih rješenja prema međunarodnim kriterijima. Deklaracija je objavljena 2011. godine, objavljena na mrežnim stranicama Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, a postala je i temelj niza produkata i akcija (strategije razvoja sustava zdravstva, javnog zdravstva, e-zdravlja; projekt razvoja specijalističkog studija iz medicinske informatike).



### Zakonska regulativa

Zakonska regulativa koja se odnosi na e-zdravlje još uvijek nije potpuna, odnosno nije harmonizirana. Primjerice, još uvijek nema revidiranog dokumenta o evidencijama u zdravstvu nego je na snazi Uputstvo o jedinstvenim metodološkim principima i statističkim standardima za vođenje evidencija u oblasti Zdravstva (Službeni list SFRJ 13/79), te Ukaz o proglašenju Zakona o preuzimanju saveznih zakona u oblasti zdravstva koji se u RH primjenjuju kao republički zakoni (NN 53/91) u dijelu navedenog Uputstva. U tom dokumentu stoji da je JMBG obavezan u medicinskoj dokumentaciji dok istovremeno Zakon o izmjenama i dopunama zakona o matičnom broju kaže „matični broj se ne može upisivati u isprave građana“.

## Edukacija

U Hrvatskoj se već godinama provodi edukacija budućeg zdravstvenog osoblja (budućih liječnika, medicinskih sestara i tehničara) na razini više i visoke stručne spreme iz područja medicinske informatike. Nedavno je počela i edukacija IKT profesionalaca kroz usmjerenje Biomedicinska informatika na Fakultetu elektrotehnike i računarstva u Zagrebu. Priprema se i poslijediplomska specijalizacija u području medicinske informatike na Fakultetu organizacije i informatike u suradnji s Medicinskim fakultetom u Zagrebu.

## Normizacija i certifikacija

Inicijativom Hrvatskog društva za medicinsku informatiku (HDMI) osnovan je Tehnički odbor za normizaciju u medicinskoj informatici (TO215) pri Hrvatskom zavodu za norme ([www.hzn.hr](http://www.hzn.hr)). Zajedno s Hrvatskim društvom za biološku i medicinsku tehniku (HDBMT) HDMI potiče osnivanje udruge HL7 Hrvatska ([www.hl7.hr](http://www.hl7.hr)). Tijekom konferencije ISHEP 2013. osnovan je ProRec, odnosno Hrvatsko društvo za elektronički zdravstveni zapis. ProRec.HR neprofitna je udruga s osnovnim ciljevima: (1) Promicanje, razvitak i unapređenje korištenja visoko kvalitetnih sustava za vođenje elektroničkih zdravstvenih zapisa u Republici Hrvatskoj, (2) Uvođenje visokih normi u primijenjenom radu iz područja sustava za vođenje elektroničkih zdravstvenih zapisa (EZZ sustava), (3) Unapređenje međunarodne suradnje u području EZZ sustava. ProRec postaje članom EuroRec-a i time promicatelj kvalitete sustava EZZ-a primjenom Seal Level 1 i Seal Level 2 koje je donio EuroRec.

## Referencije

Bergman Markovic, B, Katic, M, Kern, J, 2007, Computerisation of general practice in the Republic of Croatia: experience gained in general practice use, *Informatics in Primary Care*, Vol.15, pp.175–9

Kern, J & Polasek O, 2005, Informatizacija ordinacija obiteljske medicine u Hrvatskoj, *Medicinska Informatika*, Vol.7, pp.60–5

Stevanović, R, Stanić, A & Varga S, 2005, Informacijski sustav u primarnoj zdravstvenoj zaštiti, *Acta Medica Croatica*, Vol.59, pp.209–12.

Katic, M, Soldo, D, Ozvacic, Z, Blazekovic-Milakovic, S, Vrcic-Keglevic, M, Bergman-Markovic, B, et al., 2007, Information systems and the electronic health record in primary health care, *Inform Prim Care*, Vol.15, pp.187-92.

de Lusignan, S, Katic, M, 2007, UK and Croatia: family practice, its medical

records and computerisation in the context of an enlarged Europe, *Inform Prim Care*, Vol.15, pp.169-73.

Andrijašević, L, Angebrandt, P, Kern, J, 2012, Users' satisfaction with the primary health care information system in Croatia: a cross-sectional study, *Croat Med J*, Vol.53, pp.60-5

Meaningful use – now or never, Available at: [http://www.healthcareitnews.com/sites/default/files/resource-media/pdf/mu2\\_nowornever\\_interactive.pdf](http://www.healthcareitnews.com/sites/default/files/resource-media/pdf/mu2_nowornever_interactive.pdf)

EuroRec, Available at: <http://www.eurorec.org/services/seal/index.cfm>

Kern, J, Fister, K, Polasek, O, 2009, Active Patient Role in Recording Health Data, In: Khosrow-Pour, M (Ed), *Encyclopedia of Information Science and Technology*, Information Science Reference - Hershey - New York

Sherling, M, If Meaningful Use Were Gone – Perspective from EHR Executive at Modernizing Medicine. State of the Meaningful Use (Blog). Available at: <http://www.emrandehr.com/2014/02/03/if-meaningful-use-were-gone-perspective-from-ehr-executive-at-modernizing-medicine/>

# **RAZVOJ FARMAKOVIGILANCIJE – OD PARADIGME NUSPOJAVE DO NOVE FRONTE JAVNOZDRAVSTVENOG DJELOVANJA**

**Adriana Andrić**

## **Što je farmakovigilancija?**

Prema definiciji koju koristi Svjetska zdravstvena organizacija, farmakovigilancija je znanost i aktivnosti koje se odnose na otkrivanje, procjenu, razumijevanje, prevenciju i postupanje u slučaju nuspojave lijekova kao i novih saznanja o škodljivosti primjene lijekova. Etimološki, naziv potječe od grčke riječi *pharmakon* (φάρμακον) koja znači lijek, biološki aktivnu tvar i od latinske riječi *vigilare* koja znači pratiti, budno motriti. Farmakovigilancija stoga predstavlja budni nadzor nad sigurnošću primjene lijekova, koji traje za vrijeme cijelog životnog ciklusa lijeka. Životni ciklus lijeka započinje nekliničkim i kliničkim ispitivanjima, a traje cijelo vrijeme nakon stavljanja lijeka u promet, što se naziva i postmarketinškim periodom.

Prije dobivanja odobrenja za stavljanje u promet, informacije o učinkovitosti i sigurnosti primjene određenog lijeka ograničene su na podatke iz ispitivanja na životinjama i iz kliničkih ispitivanja. To znači da je lijek do vremena dobivanja odobrenja za stavljanje u promet testiran na ograničenom broju bolesnika tijekom ograničenog vremena. Međutim, neke nuspojave mogu se uočiti tek nakon što je veliki broj bolesnika uzimao lijek i to tijekom dužeg vremena, odnosno nakon što je lijek primjenjivan u raznolikijim populacijama i uz istodobnu primjenu većeg broja drugih lijekova nego što je to bio slučaj u kliničkim ispitivanjima. Stvarna, svakodnevna primjena novog lijeka započinje tek kada ga liječnici počnu propisivati. Stoga je od vitalnog značaja da se sigurnost primjene lijekova nadzire tijekom njihovog korištenja u svakodnevnoj medicinskoj praksi.

Sigurnosna pitanja povezana s primjenom određenog lijeka nazivaju se i rizicima primjene lijeka, a uključuju njegove kontraindikacije, nuspojave, posebna upozorenja i mjere opreza, interakcije, utjecaj na plodnost, trudnoću i dojenje, utjecaj na sposobnost upravljanja vozilima i rada na strojevima, kao i informacije o predoziranju. Sva ova pitanja zajedno sačinjavaju ono što nazivamo sigurnosnim profilom lijeka. Lijek se može nalaziti u prometu sve dok koristi njegove primjene nadmašuju rizike, odnosno dok je omjer koristi i rizika njegove primjene pozitivan.

Iako je naziv relativno nepoznat kako u široj, tako i u stručnoj medicinskoj zajednici te u najužem smislu u javnozdravstvenoj profesiji, sam koncept farmakovigilancije intuitivno je razumljiv, osobito u postmarketinškom kontekstu. Kroz prikupljanje novih spoznaja o sigurnosti primjene lijekova prepoznaju se nove, dotad neuočene nuspojave određenog lijeka, što se naziva signalom. Ti signali dio su mozaika sigurnosnog profila pojedinog lijeka, a nakon njihove procjene poduzimaju se odgovarajuće mjere kako bi se novoprepoznati rizici umanjili. Mjere kao što su uvođenje novih kontraindikacija i mjera opreza u većini su slučajeva dostatne da bi se postiglo zadovoljavajuće smanjenje rizika, dok je rjeđe potrebno ograničiti indikaciju za primjenu lijeka. O osobito važnim sigurnosnim pitanjima može biti potrebno poduzeti proaktivnije mjere kao što su informiranje zdravstvenih radnika putem tzv. pisama liječnicima i informiranje pacijenata putem edukacijskih materijala. Oduzimanje odobrenja za stavljanje lijeka u promet iz sigurnosnih razloga, što se ponekad naziva i „povlačenjem lijeka“, predstavlja krajnju mjeru, kada se ocijeni da je omjer koristi i rizika primjene lijeka negativan i da nikakvim pristupom nije moguće osigurati zadovoljavajuće smanjenje rizika njegove primjene. Ukidanje odobrenja stoga predstavlja kraj životnog ciklusa lijeka.

Dionici suvremenih nacionalnih farmakovigilancijskih sustava su pacijenti, zdravstveni radnici, nadležna regulatorna tijela i farmaceutske tvrtke koje su nositelji odobrenja za stavljanje lijeka u promet ili njegovi uvoznici. Današnji nacionalni i nadnacionalni farmakovigilancijski sustavi vrlo su diferencirani i kompleksni, s ciljem unapređenja sigurnosti primjene lijekova. Međutim, usprkos općem načelu medicine sadržanom u maksimi *Primum non nocere*, do početka razvoja tih sustava došlo je tek prije 50-ak godina, nakon velike katastrofe koju je u svijetu uzrokovala primjena talidomida.

### **Talidomidska katastrofa**

Talidomidska katastrofa dogodila se krajem 50-ih i početkom 60-ih godina prošlog stoljeća. Ovaj lijek bio je registriran u mnogim zemljama svijeta za liječenje različitih stanja, a široko je bio primjenjivan za liječenje jutarnje mučnine te kao sedativ u trudnica. Talidomid je bio reklamiran kao „lijek bez nuspojava“. Nakon nekoliko godina primjene, lijek je početkom 60-ih godina povučen jer je otkriveno da zbog svog teratogenog učinka uzrokuje prirođenu anomaliju fokomeliju, karakteriziranu skraćanjem i deformacijom gornjih i/ili donjih udova, u djece majki koje su za vrijeme trudnoće uzimale lijek. Djeca su osim toga rađana i sa velikim brojem drugih prirođenih anomalija. Procjenjuje se da je u tom periodu u 46 zemalja svijeta rođeno više od 10 000 djece s ovom malformacijom (Bren

& Kelsey, 2001), što talidomidsku katastrofu čini najtežom i najvećom katastrofom u povijesti vezanom uz primjenu lijekova.

### **Kako i zašto se ova katastrofa dogodila i što je svijet naučio iz nje?**

Kasnih 50-ih godina regulatorni zahtjevi vezani uz klinička ispitivanja te dokazivanje kakvoće, djelotvornosti i sigurnosti primjene lijekova bili su vrlo rudimentarni. Proizvođač talidomida bila je njemačka tvrtka Chemie Grünenthal. Lijek je registriran 1957. godine u Zapadnoj Njemačkoj pod nazivom Contergan. Zapadna Njemačka, kao niti druge države, u to vrijeme nije imala legislativu koja bi određivala testiranje lijekova prije stavljanja na tržište, nego je tvrtka trebala dostaviti samo rezultate ispitivanja na laboratorijskim životinjama. Dostavljena dokumentacija trebala je dokazati farmaceutsku kakvoću (da lijek zaista sadrži određenu djelatnu tvar), no nisu postojali adekvatni zahtjevi za dokaz djelotvornosti u indikacijama koje su odobravane niti za dokaz sigurnosti primjene kako u općoj, tako niti u specifičnim populacijama. U vrijeme kada je talidomid razvijen, znanstvenici i medicinska struka nisu vjerovali da bi bilo koji lijek koji trudnica uzima mogao proći placentarnu barijeru i uzrokovati oštećenje embrija/fetusa (Heaton, 1994). U ispitivanjima talidomida na životinjama nije pronađena letalna doza (laboratorijske životinje nisu umirale bez obzira na to koja je doza lijeka bila primijenjena), zbog čega je talidomid i proglašen „lijekom bez nuspojava“. Međutim, kasnija su istraživanja pokazala da odabrane životinjske vrste koje su bile korištene u ispitivanjima talidomida nisu bile pogodne za testiranje teratogenosti. Talidomid je svojom strukturom sličan prethodno otkrivenim sedativima diazepamu i barbitalu, a razlika u primjeni je bila u tome da uz primjenu talidomida kao sedativa nije bilo moguće trovanje lijekom, kao što je bio slučaj s barbituratima. Druge su tvrtke prepoznale tržišni potencijal talidomida, te je Chemie Grünenthal prodao licence širom svijeta, ukupno u 46 zemalja, a lijek je, osim kao sedativ i antiemetik u trudnica, bio primjenjivan i u velikom broju znanstveno neutemeljenih, neopravdanih indikacija koje su obuhvaćale gripu, iritabilnost, slabu koncentraciju, strah od nastupa u javnosti, blagu depresiju, anksioznost, preranu ejakulaciju, menstrualne bolove, menopauzalne simptome, bolove u želucu, različite febrilne infektivne bolesti, hipertireozu i tuberkulozu (Slika 1). Za stavljanje na tržište u drugim zemljama tvrtke nisu radile svoja ispitivanja, jer su bila dovoljna ispitivanja na laboratorijskim životinjama koje je ranije proveo Grünenthal.

Na prijelazu desetljeća lijek je bio široko primjenjivan u Europi, a 1960. godine tvrtka Richardson-Merrell predala zahtjev za registraciju talidomida FDA-u u SAD-u. Dr. Frances Oldham Kelsey, kasnije nagrađivana zbog svojih razboritih procjena, odbila je registraciju lijeka, tražeći dodatna

pojašnjenja dokumentacije i obrazlažući da pokusi na životinjama nisu bili dobro provedeni. Još važnije od toga, dr. Kelsey je prateći literaturu uočila opise slučajeva polineuritisa u bolesnika liječenih talidomidom, zbog čega je posumnjala da bi lijek mogao oštećivati razvoj djece trudnica koje bi ga uzimale, te je od tvrtke zatražila dodatna ispitivanja za davanje lijeka u trudnoći (Lewis, 2001). Zbog njezine razborite procjene, SAD su bile jedina velika razvijena zemlja koja je ostala praktički pošteđena od talidomidske katastrofe. Međutim, iako FDA nikada nije odobrila stavljanje talidomida u promet, tvrtka Richardson-Merrell je u sklopu ispitivanja podijelila preko dva milijuna tableta koje je uzelo oko 20 tisuća Amerikanaca, jer u to vrijeme nije trebalo odobrenje za provođenje ispitivanja (Mekdeci, 2014).



**Slika 1.** Talidomid je bio registriran u mnogim zemljama za liječenje različitih stanja

Nakon istraživanja dr. Widukinda Lenza o povezanosti talidomida i fokomelije, u studenom 1961. talidomid je povučen sa tržišta Zapadne Njemačke, međutim Grünenthal nikog od svojih licencnih partnera nije obavijestio da je lijek povučen iz sigurnosnih razloga. U tadašnjoj legislativi nije postojala obaveza tvrtke originatora (koja je prva otkrila lijek) ili generičkih tvrtki (koje proizvode lijek nakon isteka patentnog perioda) o sustavnom prikupljanju nuspojava na lijek, niti o posljedičnom upravljanju potencijalnim ili identificiranim rizicima. Lijek se i dalje prodavao u 30-tak zemalja, pod najmanje 60 različitih imena.



Povlačenje lijeka u Zapadnoj Njemačkoj bilo je praćeno kontroverzama, a stručna i šira javnost bila je zasipana različitim informacijama i teorijama, koje su uključivale i teorije zavjere temeljene na blokovskoj podjeli tijekom hladnog rata. Kako je velik broj slučajeva fokomelije otkriven u zemljama zapadnog bloka (koje su imale viši životni standard, a time i veću dostupnost lijekova), teoretičari zavjere plasirali su različite teorije koje su objašnjavale sabotazu koju provodi istočni blok. Javljale su se i špekulacije da je rađanje djece s fokomelijom posljedica testiranja nuklearne energije (Thomann, 2014). Njemačko je društvo, osim toga, bilo opterećeno iskustvima nacističkog režima, u kojem je bila ozakonjena prevencija rađanja djece s nasljednim poremećajima, te je stoga postojao otpor uvođenju sustava nadzora kongenitalnih malformacija (Whonamedit, 2014). Usprkos tome što su povukli lijek, tvrtka Grünenthal u javnosti je odbacivala povezanost talidomida i kongenitalnih malformacija. Vijest o povlačenju lijeka jako je odjeknula u zapadno-njemačkim medijima. Mediji iz drugih država prenijeli su vijest o povlačenju Contergan-a u Zapadnoj Njemačkoj, no kako su u tim državama lijek registrirale druge tvrtke (Grünenthalovi licencni partneri), pod drugim nazivom, konfuzija je bila potpuna. Osim toga, Grünenthal nakon povlačenja lijeka nije obavijestio licencne partnere da je talidomid povučen zbog sigurnosnih razloga, te se lijek zbog neprepoznate opasnosti nastavio primjenjivati u ostalim zemljama. Međutim, tvrtka Astra, licencni partner Grünenthala u Švedskoj, prepoznala je da je moguće da se upozorenje odnosi na njihov lijek Neurosedyn, talidomid koji su oni proizvodili po njemačkoj licenci. Na zahtjev švedskog Povjerenstva za lijekove, Astra je krajem 1961. uputila pismo liječnicima u kojem ih upozorava da se lijek ne smije primjenjivati u trudnica. Nakon toga je lijek u tišini povučen, o čemu je liječnicima upućeno drugo pismo. Ova je komunikacija, međutim, imala dva velika propusta. Prvi se sastojao u tome da talidomid svoj teratogeni učinak ispoljava u ranoj, embrionalnoj fazi razvoja zametka, kada velik dio žena niti ne zna da su trudne. Drugi propust je taj da o teratogenim učincima i povlačenju talidomida nije bila obaviještena javnost, te je stoga lijek nakon povlačenja s tržišta i dalje neko vrijeme ostao u upotrebi, jer su ga ljudi imali u svojim „kućnim ljekarnama“.

U doba velikog uspjeha talidomida način oglašavanja lijeka nije bio detaljno reguliran. U Zapadnoj Njemačkoj, u kojoj je talidomid imao bezreceptni status, lijek je oglašavan u časopisima i putem pisama upućenih liječnicima. Zbog gore navedenih rezultata ispitivanja na životinjama i predodžba struke kako lijekovi ne prolaze placentarnu barijeru, talidomid je oglašavan kao „liječnik bez nuspojava“, koji je posebno pogodan za primjenu u trudnica. Lijek je osim toga reklamiran i za druge skupine bolesnika, uključujući i djecu i starije osobe, pri čemu se agresivno provodila kampanja u kojoj se proklamirala njegova superiornost kao neškodljivog sedativa, u odnosu na barbiturate (Slika 2.).

**Advertisement** **BRITISH MEDICAL JOURNAL** **JUNE 24, 1961**

**this child's life may depend on the safety of 'Distaval'**

Consider the possible outcome in a case such as this—had the bottle contained a conventional barbiturate. Year by year, the barbiturate takes a recurring toll of childhood victims. Yet it is simple enough to prescribe a sedative and hypnotic which is both highly effective—and non-toxic. 'Distaval' (thalidomide) has been prescribed for over three years in this country, where the excellent prognosis made in early 1957 still holds in so many cases in which even gross overdosage with 'Distaval' has had harmful results. Put your mind at rest. Depend on the safety of

**'DISTAVAL'**

**THE DISTAVAL COMPANY (Incorporated in England)**  
 Registered Office: The Distaval Company, London, E.C.2

**AN OLD MAN'S RECOVERY confirms the singular safety of 'DISTAVAL'**

*A man of seventy, suffering from cerebral arteriosclerosis, myocardial infarction, etc., was given 'Distaval' 100 mg. 3 times a day. He had no sleep, and began to lose weight. He had no sleep, and began to lose weight. He had no sleep, and began to lose weight.*

This case (B.M.J., 8, 438, 55) is typical of an increasing number of reports, confirming the remarkable safety of 'DISTAVAL'—the non-barbiturate sedative and hypnotic. Today, of course, the danger of barbiturates poisoning as a source of very real recovery to the medical profession. Little wonder that more and more doctors are turning to 'Distaval' as the rational answer to this urgent problem.

**'DISTAVAL'** THALIDOMIDE

**THE DISTAVAL COMPANY LIMITED (Incorporated in England)**  
 BROADWAY HOUSE, THE BROADWAY, WINDSOR, LONDON, E.M.10

**Slika 2.** Oglasi o sigurnosti primjene talidomida objavljeni u stručnim časopisima (lijevo oglas objavljen 1961. u British Medical Journal-u, desno oglas objavljen 1960. u Proceedings of the Royal Society of Medicine)

Nakon katastrofe, primjena talidomida bila je zabranjena u svijetu, u periodu od 1962. do 1985. godine. Nakon tog perioda, primjena talidomida ponovno je ušla u medicinsku praksu u indikacijama kao što su multipli mijelom i lepra, što je bilo i do danas jest ostalo praćeno kontroverzama, koje se po pitanju lepre mogu smatrati i više nego utemeljenima.

U pozitivno nasljeđe talidomidske katastrofe se, osim naučenih lekcija o opasnostima lijekova, ubrajaju i medicinski i socijalni napredci koji su se dogodili u svijetu u kojem je odrastala generacija djece žrtava talidomida, rođenih sa teškim malformacijama. Medicinski napredak se prvenstveno odnosi na razvoj proteza i medicinskih pomagala za djecu sa invaliditetom, a kasnije, kako je talidomidska generacija odrastala, i za odrasle. U društvenom smislu, prvi je napredak razvoj svijesti da se iz pozicije pogođenog bolesnika nešto može promijeniti, jer su upravo talidomidske tužbe bile prve velike tužbe dobivene protiv farmaceutske industrije. Dobiveni novac, koliko god to bilo nedostatno i jednodimenzionalno, pogođenim ljudima ipak omogućava život i daje priliku da se njihov glas čuje. Razvoj udruga pacijenata žrtava talidomida drugi je društveni napredak. Švedska udruga talidomidskih žrtava, primjerice, osnovana je 1962. godine, a aktivna je i danas. Osim kao dio šireg društvenog konteksta razvoja civilnog društva, ove su udruge bile među prvim snažnijim udrugama pacijenata, koje su danas, iako često nedovoljno zastupljene, ipak aktivni dionik većine zdravstvenih sustava. Treći pozitivan društveni pomak svoje začetke ima u periodu rasta i obrazovanja talidomidske generacije, koja se borila za pravo na pristup redovnom obrazovanju i smanjenje stigmatizacije osoba s invaliditetom.

## Razvoj farmakovigilancijskih sustava

Upravo je prepoznavanje razmjera talidomidske katastrofe bilo glavni povijesni pokretač razvoja regulatornih zahtjeva vezanih uz ispitivanja, odobravanje i primjenu lijekova diljem svijeta, a također i različitih međunarodnih standarda koji su implementirani u suvremenu legislativu. Danas je stavljanje gotovog lijeka u promet detaljno regulirano. U postupku registracije lijeka, tvrtka je nadležnom regulatornom tijelu obavezna dostaviti dokumentaciju kojom se dokazuje kakvoća, djelotvornost i sigurnost primjene lijeka. Također, u postupku registracije lijeka odobravaju se dva javna dokumenta o lijeku. Prvi se naziva Sažetak opisa svojstava lijeka i predstavlja stručnu informaciju o gotovome lijeku, namijenjenu liječniku, doktoru stomatologije i ljekarniku. Koristi se i kao izvor podataka za izradu drugog dokumenta, koji se naziva Uputa o lijeku, koji je namijenjen pacijentu/korisniku lijeka, a priložen je u pakiranju lijeka. Sažetak i uputa su „živi“ dokumenti koji se redovito nadopunjuju izmjenama koje uključuju izmjene indikacija, kontraindikacija, posebnih upozorenja i mjera opreza pri upotrebi te nuspojave.

60-ih godina prošlog stoljeća nije postojala obaveza proizvođača i/ili nositelja odobrenja da poduzmu ikakvu akciju ukoliko od zdravstvenih radnika ili drugih izvora doznaju o nuspojavama svojih lijekova. Također, nije postojao sustav praćenja nuspojava na nacionalnoj ili nad-nacionalnoj razini niti su regulatorna tijela u tom području imala definirane uloge. Osim toga, talidomid je u različitim zemljama bio registriran pod različitim zaštićenim imenima (tvorničkim nazivima), te nije bilo lako prepoznati da je riječ o istoj djelatnoj tvari. Kao izravna posljedica talidomidske krize uslijedio je ustroj nacionalnih i nad-nacionalnih farmakovigilancijskih sustava.

Svjetska zdravstvena organizacija je za vrijeme talidomidske katastrofe prepoznala potrebu za sustavnim praćenjem nuspojava lijekova, zbog čega je 1964. godine osnovana znanstvena skupina za praćenje nuspojava SZO-a (WHO Scientific Group on Monitoring Adverse Drug Reactions). Ubrzo nakon tog, 1970. godine, osnovan je Međunarodni program praćenja sigurnosti lijekova SZO-a. Sjedište Programa je od 1978. godine u Uppsali (Švedska), gdje djeluje Kolaborativni centar SZO-a za praćenje nuspojava. Ovaj kolaborativni centar vodi svjetsku bazu nuspojava koja se naziva VigiBase. Prema podacima Kolaborativnog centra, danas u Programu sudjeluje 117 zemalja članica, uz dodatnih 30 pridruženih država. Postojeći sustav na svjetskoj razini omogućuje prepoznavanje signala, ranih znakova o mogućoj povezanosti lijekova s određenim nuspojavama, što doprinosi unapređenju sigurnosti primjene lijekova.

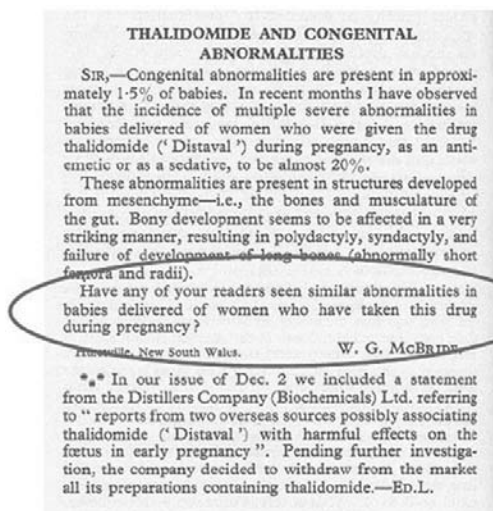
Paralelno s razvojem Međunarodnog programa praćenja sigurnosti lijekova SZO-a, diljem svijeta su se razvijali nacionalni farmakovigilancijski sustavi. U većini razvijenih država, nacionalni centri za farmakovigilanciju ustrojeni su kao dio regulatornog tijela nadležnog za odobravanje lijekova. To je posljedica potrebe za što boljom povezanošću pristiglih informacija (prijava nuspojava) i mogućnosti djelovanja, odnosno poduzimanja regulatornih akcija.

Nakon ustrojavanja nacionalnih farmakovigilancijskih sustava u zemljama Europe, 2001. uspostavljena je baza nuspojava Europskog gospodarskog prostora, koja se naziva Eudravigilance. Za zemlje članice Europske unije nadležnost u odobravanju i postmarketinškom praćenju lijekova podijeljena je između Europske agencije za lijekove (EMA) i nacionalnih regulatornih tijela. Odobravanje lijekova i praćenje sigurnosti njihove primjene definirano je propisima na svim razinama sustava – od uredbi i direktiva do nacionalnih zakona i podzakonskih akata. U Republici Hrvatskoj, tijelo nadležno za odobravanje lijekova je Agencija za lijekove i medicinske proizvode (HALMED).

### **Što je spontano u prijavljivanju nuspojava i zašto je potrebno prijaviti i samu sumnju na nuspojavu?**

Zasluge za prepoznavanje povezanosti primjene talidomida u trudnica s rađanjem djece s fkomelijom pripisuju se dvama liječnicima: njemačkom pedijatru Widukindu Lenzu i australskom porodničaru Williamu McBride-u. Dr. Lenz je 1961. pojavu simetrične fkomelije povezoao s uzimanjem Contergana (pod ovim je nazivom lijek bio registriran u Zapadnoj Njemačkoj), o čemu je izvijestio proizvođača, tvrtku Chemie Grünenthal, i zatražio da se lijek odmah povuče iz prometa (EU, 2008). Dr. McBride je u Australiji zamijetio isto, o čemu je uputio pismo časopisu The Lancet, koje je objavljeno također 1961. godine (Slika 3.).

Tih godina liječnici nisu imali mogućnost o svojim sumnjama na nuspojavu obavijestiti nadležno nacionalno tijelo jer takva tijela nisu postojala. Danas takva mogućnost ne samo da postoji, nego je i obveza svakog zdravstvenog radnika prijaviti sumnju na nuspojavu nadležnom tijelu. Obveza prijavljivanja za zdravstvene radnike u EU definirana je Direktivom 2001/83/EZ Europskog parlamenta i Vijeća i posljedičnim nacionalnim propisima. U Republici Hrvatskoj, ovo je područje definirano Zakonom o lijekovima (NN 76/13) i Pravilnikom o farmakovigilanciji (NN 83/13). U kontekstu obveze prijavljivanja, nuspojava je svaka štetna i neželjena reakcija na primjenu lijeka. Navedeno uključuje nuspojave koje nastaju uz primjenu lijeka unutar odobrenih uvjeta, ali i uz primjenu lijeka izvan odobrenih uvjeta, uk-



ljučujući predoziranje, „off-label” primjenu, pogrešnu primjenu, zlouporabu i medikacijske pogreške te nuspojave koje nastaju zbog profesionalne izloženosti. Obveza prijavljivanja odnosi se i na očekivane nuspojave (nuspojave koje su od ranije poznate i navedene u Sažetku opisa svojstava lijeka), ali osobito na neočekivane nuspojave (nuspojave koje nisu od ranije poznate za određeni lijek).

**Slika 3.** Pismo dr. Williama McBride-a o povezanosti talidomida i fokomelije, objavljeno 1961. godine u časopisu The Lancet

Spontanom prijavljivanjem nuspojava naziva se svako prijavljivanje koje nije poticano, odnosno uvjetovano čimbenikom kao što je provođenje ispitivanja sigurnosti primjene lijeka nakon stavljanja u promet. Spontanost se sastoji u istome što su učinili i dr. Lenz i dr. McBride – u svojim pacijenata uočili su određene simptome za koje su posumnjali da bi mogli biti posljedica primjene talidomida, te su s ciljem zaštite drugih trudnica i njihove nerođene djece poduzeli ono što je tada bilo u njihovoj moći. Ovdje je važno naglasiti da ovi liječnici nisu bili, niti su mogli biti, sigurni da je fokomelija nuspojava talidomida, nego su samo posumnjali na to. Stoga se i danas obveza prijavljivanja odnosi upravo na sumnju na nuspojavu. U tom smislu, obveza prijavljivanja nuspojave predstavlja dio kontinuiteta skrbi za bolesnika jer se prikupljanjem novih spoznaja unapređuje sigurnost primjene lijekova za sve bolesnike.

### Javnozdravstveni teret nuspojava

Nuspojave lijekova čest su uzrok morbiditeta i mortaliteta koji ima brojne negativne učinke, ne samo na zdravlje populacije, nego i na troškove zdravstvene zaštite te one stoga predstavljaju teret koji umanjuje stvarnu vrijednost suvremenih lijekova. Općenito je prihvaćeno da je nuspojave djelomično moguće izbjeći i da preventivne mjere mogu dovesti do više potencijalnih koristi, koje uključuju smanjenje mortaliteta i morbiditeta, smanjenje onesposobljenosti, smanjenje broja hospitalizacija, smanjenje izvanbolničkog liječenja i smanjenje dana bolovanja.

Nuspojave lijekova imaju nekoliko negativnih društvenih i ekonomskih posljedica. Te posljedice obuhvaćaju direktne troškove zbrinjavanja nuspojava za zdravstveni sustav, ali i indirektno troškove u smislu gubitka ljudskog kapitala, odnosno gubitka produktivnog potencijala pacijenata radi bolovanja ili prerane smrti. Najteže mjerljive su nematerijalne posljedice nuspojava, koje obuhvaćaju psihosocijalnu dimenziju bolesti za bolesnika, ali i njegovu obitelj, a odnose se na bol, patnju, tjeskobu i gubitak.

Kad je riječ o teretu koje nuspojave predstavljaju za društvo, ocjenjuje se da su u EU nuspojave razlogom oko 5% svih hospitalizacija. Nadalje, oko 5% hospitaliziranih pacijenata doživi nuspojavu za vrijeme hospitalizacije, a nuspojave su peti po redu uzrok mortaliteta među hospitaliziranim pacijentima. Ukupno se procjenjuje da je oko 197,000 smrti godišnje u EU uzrokovano nuspojavama. Također se ocjenjuje da u EU ukupni direktni troškovi zbog nuspojava godišnje iznose oko 79 milijardi eura. S obzirom da se i prema najkonzervativnijim procjenama smatra da se barem 30% nuspojava može prevenirati, to znači da godišnji troškovi preventabilnih nuspojava u EU iznose više od 23.5 milijarde eura. Stoga Europska Komisija ocjenjuje da čak i mala unaprjeđenja europskog farmakovigilancijskog sustava mogu imati velik i značajan utjecaj na javno zdravlje i društvo u cjelini (EU, 2014).

### **Gdje je fronta ili što je to javnozdravstveno u farmakovigilanciji?**

Zbog tereta nuspojava je, s ciljem zaštite i očuvanja javnog zdravlja, u EU 2010. godine usvojena Direktiva 2010/84/EZ Europskog parlamenta i Vijeća, kojom se nadopunjuje Direktiva 2001/83/EZ u pogledu unapređenja farmakovigilancijskog sustava u EU, kao i nacionalnih farmakovigilancijskih sustava. Cilj nove farmakovigilancijske legislative je unaprijediti skrb za pacijente i sigurnost pacijenata s obzirom na korištenje lijekova te podržati javnozdravstvene programe kroz pružanje pouzdanih, uravnoteženih informacija za učinkovitu ocjenu omjera koristi i rizika primjene lijekova. Pristup koji koristi nova farmakovigilancija je aktivno upravljanje omjerom koristi i rizika primjene lijekova, a život lijekova na tržištu traje dok god se njegov omjer koristi i rizika održava pozitivnim. Ciljevi nove farmakovigilancijske legislative s aspekta građana EU-a su ojačati uključivanje pacijenata u praćenje sigurnosti primjene lijekova, umanjiti teret nuspojava i informirati i uključiti građane u aspekte koristi i rizika primjene lijekova (10).

Nova farmakovigilancijska legislativa, koja je u EU stupila na snagu u srpnju 2012. godine, osigurava bolje unaprjeđenje i zaštitu javnog zdravlja kroz jasnije definirane uloge i odgovornosti brojnih uključenih dionika,

pojednostavljene zadatke, smanjenje dupliciranja uloženi napora i pojednostavljenije administrativnih zahtjeva. Ova legislativa je najveća promjena u regulativi lijekova od 1995. godine, kada je unaprijeđena regulativa kliničkih ispitivanja, koja ima značajne implikacije za europske nositelje odobrenja za stavljanje lijekova u promet. Implementaciju nove legislative provode Europska agencija za lijekove, nacionalna regulatorna tijela i Europska Komisija.

Prema jednoj od najstarijih definicija javnog zdravstva, onoj Winslowljevoj iz 1920. godine, javno zdravstvo je znanost i umijeće sprječavanja bolesti, produženja života i unaprjeđenja zdravlja kroz organizirane napore i informiran izbor društva, javnih i privatnih organizacija, zajednice i pojedinca. Ciljevi javnozdravstvenih intervencija su sprečavanje i liječenje bolesti kroz nadzor (surveillance) slučajeva i promicanje odgovornog zdravstvenog ponašanja, a intervencije su po svojoj prirodi kompleksne, programatske i ovisne o kontekstu u kojem se provode.

Uzevši u obzir sve ranije rečeno o ciljevima, načelima i aktivnostima koje se provode u farmakovigilanciji, ne može se prstom pokazati na neki specifični aspekt ove struke koji bi se nazvao javnozdravstvenim, budući da je u samoj svojoj srži farmakovigilancija zapravo jedan od oblika javnozdravstvenog djelovanja. Također se farmakovigilanciju, kao struku staru 50-ak godina, ne može nazvati niti novom, nego samo novoprepoznom frontom javnozdravstvenog djelovanja.

Suštinski gledano, može se reći da korijeni medicine i liječenja postoje otkad postoji i samo ljudsko društvo. Međutim, izvanredan napredak medicine i novih lijekova koji se dogodio proteklih desetljeća doveo je i do razvoja farmakovigilancije, struke koja se bavi unaprjeđenjem sigurnosti primjene lijekova. Kvalitativna promjena koja se u proteklih 50 godina dogodila u području sigurnosti primjene lijekova zaista je iznimna. U regulativi lijekova, odnosno propisima koji određuju način na koji se lijekovi ispituju, odobravaju i stavljaju u promet, kao i u samoj farmakovigilanciji, u posljednjih 50 godina došlo je do toliko značajnih promjena da su ova područja napredovala iz točke kada su, uz dotad neviđene ljudske žrtve uzrokovane talidomidskom katastrofom, realno kaskale za razvojem lijekova i farmaceutske industrije, do točke gdje se nalazimo danas, kada se i propisima i svakodnevnom praksom u ovim područjima zaista usmjerava i oblikuje područje razvoja lijekova s ciljevima unaprjeđenja zdravlja i sprečavanja bolesti cijelih populacija.

## Biti u društvu privilegiranih

Razina svijesti o rizicima primjene lijekova znatno je viša nego što je bila prije pedesetak godina, no prostora za napredak uvijek ima, a razlike između razvijenih i nerazvijenih zemalja svijeta su velike. Snaga farmakovigilancijskog sustava, a time i stupanj zaštite pacijenata od neželjenih učinaka lijekova, u određenoj zemlji uvelike ovisi o razvijenosti zdravstvenog sustava, kao i o sveukupnoj razvijenosti države i njezinoj gospodarskoj moći i neovisnosti. Učinkoviti farmakovigilancijski sustavi su oni koji su integralni dijelovi nacionalnog zdravstvenog sustava, koji sa prihvatljivom razinom uspjeha uspijeva zadovoljiti zdravstvene potrebe građana. U nerazvijenim zemljama, koje imaju visoki pobol od zaraznih bolesti, visoki udio siromašnog i neobrazovanog stanovništva, slabe i nerazvijene zdravstvene sustave, a zdravstvene potrebe građana se sa različitom, često nedostatnom uspješnošću zadovoljavaju i financiraju na programskoj, projektnoj razini, sustavi nadzora nad sigurnom primjenom lijekova često su vrlo manjkavi i vezani za programe i projekte kojima se osiguravaju lijekovi. To nažalost ostavlja preveliki prostor u kojem nije moguće nadzirati sigurnost primjene lijekova, u kojem se katastrofe kao što je talidomidska mogu događati i događaju, ostajući neprepoznate, a pogođeni pacijenti ostaju bespomoćne, bezimene žrtve u nekom zabačenom zaseoku na kraju svijeta.

Tako nastanak kongenitalnih malformacija koje su posljedica primjene talidomida u trudnih žena nije samo dio povijesti, nego nažalost i sadašnjosti. Talidomid se 80-ih godina prošlog stoljeća koristio u liječenju lepre, zarazne endemske bolesti sirotinjskih dijelova nerazvijenih i država u razvoju, kao što je Brazil. U to je vrijeme u Brazilu nadzor nad primjenom lijeka bio izrazito slab. Mnoge žene bile su nepismene i nisu znale pročitati upozorenja na pakiranju lijeka, a samo je jedna tableta u ranoj fazi trudnoće bila dovoljna za nastanak teških malformacija nerođenog djeteta. Prema SZO, upotreba talidomida u liječenju lepre danas se ne preporuča, jer nije moguće razviti i implementirati sustav nadzora koji bi osiguravao adekvatnu borbu sa zloupotrebom talidomida (SZO). Naime, prema SZO, liječenje lepre (odnosno erythema nodosum leprosum, kožne komplikacije lepre) se 80-ih godina prošlog stoljeća vrlo često koristilo kao polazna točka za ponovno uvođenje talidomida za mnoštvo drugih indikacija, za koje ne postoje dokazi o učinkovitosti. Nadalje, godišnje su se propisivali milijuni tretmana, a gotovo svi su se odnosili na indikacije koje nisu povezane s leprom, uključujući i liječenje raka i HIV-a. SZO navodi da se i danas velik broj talidomidske djece i dalje rađa svake godine, što odražava nedostatnost regulatornog okvira i razmjere široke upotrebe uz neadekvatni nadzor. U Brazilu, koji ima više od 1000 registriranih žrtava talidomida, posljednja je službeno poznati slučaj djeteta rođenog 1995. godine, a postoje i podaci o



rađanju druge generacije djece sa sličnim deformacijama od roditelja koji su bili žrtve talidomida.

Veličinu problema u Brazilu i općenito u Južnoj Americi izrazito je teško procijeniti. Liječnici pedijatri, koji su dio mreže koja se naziva ECLAMC (Latin American Collaborative Study of Congenital Malformations), izgradili su sustav praćenja kongenitalnih malformacija u bolnicama u svih deset južnoameričkih država. Ipak, s obzirom na nerazvijenost tih država, ovaj sustav obuhvaća samo 1% svih poroda u Južnoj Americi, a ruralna područja nisu uopće uključena u program (Anonimno). S obzirom na tako nizak obuhvat poroda ovim programom, ova mreža uopće nije uspjela



dokazati statistički značajnu povezanost između primjene talidomida i pojave fokomelije od 80-ih godina prošlog stoljeća naovamo, iako je tu povezanost svijet naučio na vrlo bolan način 20-ak godina ranije. Zbog toga, gore navedene procjene SZO-a zvuče i više nego konzervativno, a sumnja da se u Brazilu, Južnoj Americi, Africi i drugim endemskim područjima lepre i danas rađaju djeca žrtve talidomida i više je nego utemeljena (slika 4).

**Slika 4.** Brazilska djevojčica žrtva primjene talidomida u trudne majke koja je liječena od lepre. Preuzeto 15. ožujka 2012. s <http://www.thalidomide.org/web/children-born-in-brazil/>

S druge strane, Europska unija je najveće i najbogatije tržište lijekovima u cijelom svijetu. Sustav kao što je Unija, sa visokim standardom i mogućnostima, osigurava, zahtijeva i dobiva najvišu razinu kvalitete kada je riječ o sustavu osiguranja sigurnosti primjene lijekova. Protokol informacija o sigurnosti primjene lijekova je kratak i učinkovit, a nakon ocjene tih informacija poduzimaju se odgovarajuće regulatorne mjere za unaprjeđenje sigurnosti pacijenata.

S ovako visokom razinom zahtjeva koju radi sigurnosti primjene lijekova pred farmaceutsku industriju postavlja EU, u svijetu se može usporediti jedino SAD. Međutim, ovdje EU ima dvije značajne prednosti, koje SAD ne mogu tako lako nadmašiti. Prvo, u nadzor sigurnosti primjene lijekova u EU uključene su sve države članice, a njihov rad koordinira EMA. Visoku kvalitetu rada u regulatornom i farmakovigilancijskom prostoru u EU osigurava upravo kompeticija među zemljama, budući da je sustav tako

uređen da nacionalna regulatorna tijela imaju financijski interes u tome potiču razvoj ekspertize u ovim područjima na nacionalnoj razini kako bi mogla konkurirati za poslove ocjene u regulatornim i farmakovigilancijskim pitanjima na razini EU. U SAD-u, naprotiv, postoji jedinstveno regulatorno tijelo, Food and Drug Administration (FDA), gdje je svakako proces donošenja odluka jednostavniji, ali kompetitivnost i nadmetanje u tome tko je bolji regulator i farmakovigilant postoji samo na razini pojedinca, a ne cijelih nacija. Druga prednost koju u osiguravanju sigurnosti primjene lijekova EU ima nad SAD-om je inherentno svojstvo zdravstvenih sustava Starog kontinenta, a to je snažna tradicija solidarnosti u zdravstvenom osiguranju, neovisno o tome dolaze li sredstva iz poreza, doprinosa ili kombinacije ovih izvora. Drugim riječima rečeno, bolesnik će u EU lakše doći do svog lijeka nego bolesnik u SAD-u, ali će isto tako i lakše doći do liječenja i zbrinjavanja u slučaju da na taj isti lijek razvije nuspojavu.

U pitanju sigurnosti primjene lijekova može se reći da je pacijent u EU zaista u privilegiranom položaju u odnosu na pacijenta u bilo kojoj drugoj državi svijeta. Od tog se istog pacijenta i očekuje da svojim angažmanom kroz prijavljivanje nuspojava aktivno doprinosi unaprjeđenju sigurnosti primjene lijekova. Isto vrijedi i za liječnike – zbog postojanja visokih regulatornih i farmakovigilancijskih zahtjeva za farmaceutske industriju, liječnici su po pitanju sigurnosti primjene lijekova zaista privilegirani u odnosu na liječnike u drugim državama. Međutim, privilegija da mogu prijavljivati nuspojave i pouzdati se u sigurnost primjene lijekova koje propisuju, za liječnike ima i drugu stranu medalje, a to je razina odgovornosti koju liječnik treba osvijestiti kako bi prijavljivanjem nuspojava aktivno doprinosio unaprjeđenju sigurnosti lijekova za sve, pa i svoje vlastite pacijente.

U kontekstu postmarketinškog praćenja, nuspojava koja nije prijavljena nije se niti dogodila. Ovo osobito vrijedi za nuspojave koje nisu očekivane – koje nisu od ranije poznate za određeni lijek, kao i za nuspojave koje su posljedica predoziranja, „off-label” primjene, pogrešne primjene, zlorababe, medikacijske pogreške ili zbog profesionalne izloženosti. Patnja bolesnika koji je doživio nuspojavu, trajna onesposobljenost, smrt, sve je bilo uzalud ako se nije prijavilo. Nije nikom pomoglo. Jednostavno, nije se dogodilo.

Prijavljivanje nuspojave nije administrativni posao. Prijava nuspojave nije papir koji skuplja prašinu u nekoj ladici, zajedno sa svim drugim prijavama pristiglim iz cijele države. Prijavljivanje nuspojave je prvenstveno stručna, etička i moralna, a tek onda zakonska obaveza liječnika. Prijavljivanje nuspojave jest i mora biti dio suštinskog stručnog rada liječnika i svakog zdravstvenog radnika. Prijavljivanje nuspojave dio je kontinuiteta skrbi za

bolesnika. Svaka prijava samim trenutkom slanja postaje dio kompleksnog i vigilantnog sustava čija je osnovna svrha unaprjeđenje sigurnosti primjene lijekova. Činjenica da je cijeli proces donošenja regulatornih mjera prostorno i vremenski odvojen od same pojedinačne poslano prijave, pa samim time i apstraktan za zdravstvenog radnika, nije opravdanje za nečinjenje. Što bi žrtve talidomida dale da su liječnici majki ranijih žrtava imali način i mogućnost da prijave nuspojavu? *Primum non nocere.*

## Referencije

- Bren, L, Kelsey, FO, 2001, FDA Medical Reviewer Leaves Her Mark on History. FDA Consumer magazine [Internet]. Ožujak – travanj 2001. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: [http://permanent.access.gpo.gov/lps1609/www.fda.gov/fdac/features/2001/201\\_kelsey.html](http://permanent.access.gpo.gov/lps1609/www.fda.gov/fdac/features/2001/201_kelsey.html)
- Heaton, CA, 1994, The Chemical Industry, Springer
- Lewis, R, 2001, The Return of Thalidomide. 22. siječanj 2001. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: <http://www.the-scientist.com/?articles.view/articleNo/13193/title/The-Return-of-Thalidomide/>
- Mekdeci, B, How a Commonly Used Drug Caused Birth Defects [Internet]. Birth Defect Research for Children, Inc. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: [http://www.birthdefects.org/research/bendectin\\_1.php](http://www.birthdefects.org/research/bendectin_1.php)
- Thomann, KD, 2007, Die Contergan-Katastrophe: Die trügerische Sicherheit der „harten“ Daten. Dtsch Arztebl [Internet]. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/57224/>
- Zichner, L, Rauschmann, MA& Thomann, KD, 2005, Die Contergankatastrophe: Eine Bilanz Nach 40 Jahren. Steinkopff
- Whonamedit [Internet]. Widukind Lenz. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: <http://www.whonamedit.com/doctor.cfm/1002.html>
- Europska unija, 2008, Annex 2 of the Report on the impact assessment of strengthening and rationalising EU Pharmacovigilance. Bruxelles, Europska komisija
- Europska unija, 2014, One-year report on human medicines pharmacovigilance tasks of the European Medicines Agency, EMA/171322/2014. London, Europska agencija za lijekove
- Anonimno, Föreningen för de Neurosedynskadade [Internet]. Children born in Brazil. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: <http://www.thalidomide.org/web/children-born-i-brazil/>
- Svjetska zdravstvena organizacija [Internet]. Pannikar, V. The Return of Thalidomide: New Uses and Renewed Concerns. [Pristupljeno 04. svibnja 2014.]. Dostupno na: <http://www.who.int/lep/research/Thalidomide.pdf>

# CENTRALIZACIJA – DECENTRALIZACIJA ZDRAVSTVENOG SUSTAVA

Aleksandar Džakula

## Decentralizacija i zdravstvo

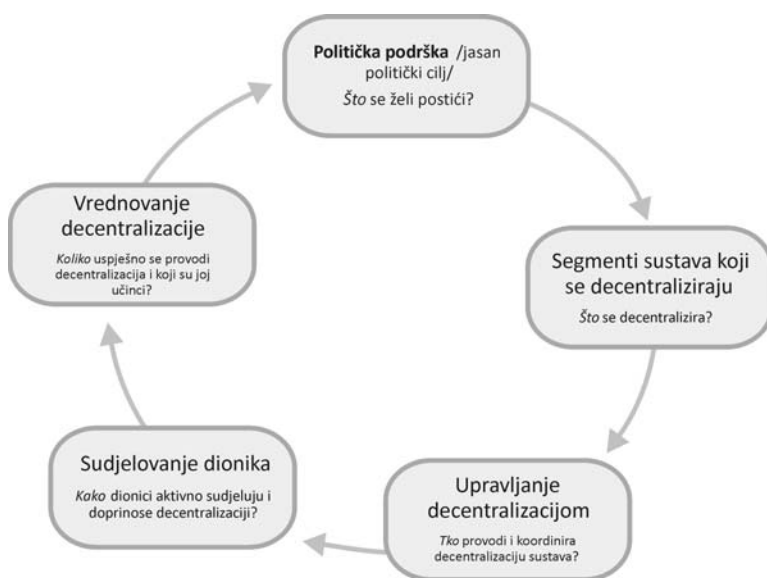
Na temelju stručnih rasprava i tekstova stječe se dojam da je decentralizacija u zdravstvenom sustavu Hrvatske pojava koja datira iz 90-tih godina prošlog stoljeća. Isto tako smatra se da je praktična primjena i „oživotvorenje“ decentralizacije zapravo započelo 2001. godine donošenjem zakonskih akata u kojima se termin *decentralizacija* koristi gotovo isključivo u smislu alokacije resursa, odnosno *decentralizacije sredstava*. Iako se termin (decentralizacija) spominje u navedenim aktima u 90-tim godinama i u 2001. godini, on zapravo predstavlja kontinuitet i trajnu vrijednost u organizaciji hrvatskoga zdravstva. Međutim, njegova aktualizacija dolazi kao dio procesa tranzicije kojim se u zemljama bivšeg socijalističkog uređenja pokušava promovirati novi, učinkovitiji model upravljanja javnim službama. Tako se decentralizacija ne prepoznaje samo kao organizacijska doktrina koja daje mogućnost da se na razini zajednice kvalitetnije, bolje i učinkovitije odlučuje, nego i kao proces kojim se može unaprijediti demokraciju u društvu i u cijelosti stvarati održivi javni sustavi. U periodu pred ulazak Republike Hrvatske u Europsku uniju ponovo su aktualizirana pitanja regionalne organizacije javne uprave, a prijedlozi strateških planova razvoja zdravstvenog sustava, posebice *Master plan bolnica* prezentiran u ožujku 2014., operativno predstavljaju nove modele centralizacije i decentralizacije.

U svim tim procesima i planovima ostaje otvoreno pitanje – što se zapravo krije iza decentralizacije, je li ona uopće moguća, odnosno, ako je - što je potrebno da decentralizacija u hrvatskom zdravstvu uspije? Uobičajeno je u ovakvim analizama decentralizacije istraživati pojedine procese: dekoncentraciju, devoluciju ili delegaciju ovlasti i odgovornosti od viših razina upravljanja prema nižima. Isto tako, uobičajeno se razmatraju *modeli privatizacije*, također kao proces decentralizacije. Međutim, u sagledavanju decentralizacije pažnju ćemo usmjeriti na dimenzije snaga, odnosno resursa – stručnih, upravljačkih i političkih - potrebnih za decentralizaciju, te odgovornosti koja garantira svrhu i učinkovitost.

Ukoliko odnos snaga prikazemo modelom kotača koji predstavlja „život“ decentraliziranog sustava, možemo govoriti o kotaču od pet segmenata:

- politička podrška,
- profesionalci i sustav,
- upravljanje,
- sudjelovanje dionika, te
- vrednovanje učinaka.

Pojavi li se problem u bilo kojem od ovih pet segmenata, proces i „životni vijek“ decentralizacije vitalno su ugroženi. Zato prikazujemo, a zatim i analiziramo decentralizaciju, vrednujući kritične trenutke svakog segmenta, ali i cjeline kotača koji svakodnevno prolazi put decentralizacije.



**Slika 1.** Kotač decentralizacije

## Dinamika decentralizacije zdravstvenog sustava

Preduvjet za razumijevanje decentralizacije zdravstvenog sektora je njeno sagledavanje u ukupnim okvirima zdravstvene i socijalne zaštite u Hrvatskoj. Naime, nužno je sagledati razvoj i rad zdravstva kroz dužu *povijest* kako bismo razumjeli *proces* u kojima je ona nastala i *oblike* u kojima ona još uvijek živi u hrvatskom sustavu.

Gledano kroz upravljanje, Hrvatska u svojoj tradiciji ima različite društveno političke oblike: monarhiju i diktaturu, ratne periode vojnih vlasti te, kasnije, socijalizam u kojem su se razvijali različiti procesi decentralizacije i centralizacije.

U periodu od 1945. godine Hrvatska uspostavlja socijalističko društveno uređenje i politički sustav koji se temelji na komunističkoj ideologiji i centraliziranoj vlasti. U to je vrijeme politički sustav bio snažno vezan uz Sovjetski Savez. Međutim, nakon sukoba sa sovjetskim rukovodstvom 1948. godine vladajuća struktura u Jugoslaviji (time i u Hrvatskoj) mijenja svoju praksu te postepeno i kontinuirano prenosi svoje ovlasti na druge dionike unutar zdravstvenog sustava, čak cijelog javnog sektora, pa tako možemo reći da se u Hrvatskoj decentralizacija razvija kontinuirano od 1950. godine.

Premda su, ovisno o ekonomskom stanju ili političkim odlukama, postojale epizode u kojima je centralna vlast snažnije utjecala na razvoj zdravstvenog sustava, u cjelini, zdravstveni sustav nakon 1950. godine, ne samo da čini odmak od Semaškovog modela koji vlada u Sovjetskom Savezu, već kontinuirano uvodi nova stručna i organizacijska rješenja među kojima posebno treba istaknuti razvoj *domova zdravlja* i *obiteljske medicine*.

Političko uređenje koje kasnije prelazi u samoupravni socijalizam dodatno osnažuje proces decentralizacije i daje snažnu aktivnu ulogu i *korisnicima - građanima* te *zdravstvenim radnicima* koji u modelu samoupravnog socijalizma postaju *partneri* u osiguravanju zdravstvene zaštite. Formiranje Samoupravnih interesnih zajednica (SIZ), uz sva ograničenja djelotvornom upravljanju, donosi vrijednost horizontalne mreže koju na razini zajednice počinju činiti predstavnici profesionalaca i građana. Osim toga, teritorijalni ustroj s općinama i zajednicama općina stvara cjeline unutar kojih samoupravne interesne zajednice imaju svoje mjesto, imaju svoje djelovanje i osiguravaju visoku razinu resursa potrebnih za zdravstvenu zaštitu. Na taj način *politički procesi* koji idu prema samoupravnom socijalizmu i *teritorijalni ustroj*, zajedno sa izgradnjom *zdravstvene mreže* čine jedan *decentralizirani zdravstveni sustav* unutar koga postoje jasno definirane i uloge i odgovornosti za pojedinu funkciju.

## Decentralizacija u tranziciji

U proces tranzicije samoupravni sustav ulazi opterećen svojim neprimjerenim upravljanjem i niskom učinkovitošću (koja nije bila nužno vezana uz model već njegovu implementaciju) pa se početkom 90-tih prepoznaje kao loš, tj. kao sustav kojeg nužno treba *ukloniti*. Pri tome se i decentralizacija prepoznaje kao ozbiljan problem i ograničenje za održivost zdravstvenog sustava. Nažalost, pri tome *nisu prepoznate snage* postojećeg sustava već samo pojave koje se povezuju s *njegovim problemima* te se kreće u reorganizaciju primarne zdravstvene zaštite, u suštini cijelog zdravstvenog sustava.

Procesom tranzicije Hrvatska ulazi u proces privatizacije, koji, iako predstavlja novi korak u decentralizaciji zdravstvenog sustava, zapravo, u kvalitativnom smislu ne donosi nove vrijednosti. Štoviše, nedovoljno razrađena privatizacija dodatno smanjuje učinkovitost zdravstvenog sustava i kvalitetu koju on pruža. Tako je period između 1990. i 2000. godine u snažnoj mjeri obilježen pokušajem da se *mjerama državne politike odvoje javni i privatni sektor*, te da se dijelovi sustava koji mogu biti samostalni, osamostale i izdvoje iz javnog sektora. Primjer za to su zakup ambulanti u primarnoj zdravstvenoj zaštiti (PZZ) i osnivanje drugih privatnih ustanova koje pružaju zdravstvenu zaštitu samostalno ili kroz ugovor s Hrvatskim zavodom za zdravstveno osiguranje (HZZO).

U tako vođenoj tranziciji primarna zdravstvena zaštita u Hrvatskoj tijekom 90-tih godina određena je naslijeđenim sustavom domova zdravlja, te novim teritorijalnim ustrojem koji stupa na snagu 1993. godine osnivanjem županija. Županije tada preuzimaju osnivačka prava za ustanove na primarnoj i sekundarnoj razini. Možemo reći da su kroz 90-te godine u značajnoj mjeri zadržane vrijednosti decentralizacije zdravstvenih ustanova, i da se u području PZZ provodi *praktična decentralizacija* (nastaju županijski zavodi za javno zdravstvo (ŽZJZ) izdvajanjem pojedinih službi iz domova zdravlja) i *privatizacija*, nažalost, poznatija pod pojmom „zakupizacija“.

Međutim, proces decentralizacije koji je uključivao i demokratizaciju, nije prepoznat kao neizostavna komponenta tranzicije cijelog društva a uloga *zajednice nije jasno definirana* u zdravstvenom sustavu. Uloga zajednice nije definirana niti na razini aktivnog partnera niti na razini odgovornosti za zdravlje. Tako s početkom tranzicije 1990. (suprotno očekivanju!) unutar zdravstvenog sustava gotovo prestaju procesi započeti Ottawskom poveljom u kojoj se snaga zajednice prepoznaje kao ključni resurs. Naslijeđe komunističke ideologije, rat koji je zahvatio Hrvatsku u periodu od 1990.-1995. godine, te stihijska tranzicija cijeloga društva, u drugi su plan stavili vrijednosti zdravlja. Tek 2000. godine prepoznaje se potreba osnaživanja zajednice, kako u skladu sa Ottawskom poveljom tako i s tranzicijom koju je Hrvatska imala, posebice u primarnoj zdravstvenoj zaštiti.

Možemo zaključiti da se ukupni proces razvoja decentralizacije može podijeliti na dva velika perioda:

- prvi period od 1945. do 1990. kada u njima vladaju procesi socijalističkoga organiziranja - od oblika državnog socijalizma prema samoupravnom socijalizmu kakav dočekuje tranziciju drugi period, i
- drugi u 90-tim godinama kad započinje proces konsolidacije javnih službi na način da se naslijeđeni neučinkoviti socijalistički sustavi nekritički mijenjaju.

Unutar ova dva velika perioda javljaju se još dvije značajne faze:

- u periodu prije 1990. - faza planske privrede (i centraliziranog upravljanja!) i faza samoupravnog socijalizma, a
- u periodu nakon 1990. - faza uspostave samostalne države i pokušaji decentralizacije, te redefiniranje prioriteta u zdravstvenom sustavu nakon 2000. godine.

Tako se tek 10 godina nakon početka tranzicije, dakle, 2000. godine prepoznaje da se samim unapređenjem učinkovitosti ne može osigurati razina cjelovite zdravstvene zaštite koju su stanovnici imali prije 1990. Nažalost, razvoj decentralizacije u periodu tranzicije nije samo usporen, već je u mnogim sredinama gotovo u cijelosti zakočen. Naime, usprkos realizaciji programa *Zdrave županije* te zakonskim promjenama koje potiču aktivnu ulogu zajednica u decentralizaciji, stanje (gotovo 25 godina nakon početka tranzicije!) ne možemo proglasiti zadovoljavajućim. Naslijeđene vrijednosti primarne zdravstvene zaštite, decentraliziranog sustava i Ottawske povelje žive danas u svega nekoliko sredina u Hrvatskoj.

## Razumijevanje procesa decentralizacije

Kao što je već bilo rečeno, pet je bitnih elemenata koji osiguravaju održivost decentraliziranog modela upravljanja: jasna politička vizija i podrška, osnaženi profesionalci i sustav, učinkovito upravljanje, aktivno sudjelovanje dionika te odgovorno vrednovanje. Stoga u ovo dijelu analiziramo ključne odrednice svakog od navedenih segmenata, i njihove „životne cikluse“ kroz povijesne faze decentralizacije.

Političke doktrine i odluke određene su trima ključnim promjenama koje značajno utječu na provedbu decentralizacije. Prvi put radi se o odstupanju od „sovjetskog“ modela početkom 1950-tih godina, drugi put uvođenjem sustava samoupravnog socijalizma tijekom 1970-ih, a treći put ulaskom u demokratske procese i tranziciju 1990-tih.

Komponenta *profesionalnog djelovanja i resursa znanja* ima svoje ishodište u razdoblju prije Drugog svjetskog rata. Tada su u Hrvatskoj bili razvijeni snažni sustavi sprečavanja bolesti i prosvjećivanja naroda, pa se zapravo radi o *naslijeđu* u javnom sektoru. Liječništvo, kao samostalna profesija, značajno je oslabljena ukidanjem Liječničke komore. Nakon početnog slabljenja, liječnička profesija se značajno osnažuje i kao profesionalna grupacija. Prije svega uz velik broj liječnika koji aktivno sudjeluju u politici. Ovaj trend se nastavlja i svoju kulminaciju doživljava tijekom tranzicije 1990-tih kad velik broj liječnika zauzima vrlo važne političke i državne funkcije.



U prvoj fazi nakon Drugog svjetskog rata sustav upravljanja javnim sektorom snažno se oslanjao na vodstvo komunističke partije i njihove direktne naredbe. Tranzicija ovog modela ide prema samoupravljanju u kojem svi građani na neki način postaju partneri u razmjeni rada i dobara, ali je cjelokupni javni sektor i njegovo upravljanje i dalje određeno socijalističkom političkom ideologijom i praksom. Uz to novi model nije razvio jasne sustave vrednovanja, pa se javljaju brojni nedostaci u upravljanju. Ulaskom u period tranzicije javljaju se velika očekivanja od novih upravljačkih struktura izabranih demokratskim procedurama, međutim, rezultati njihovog rada u najvećoj mjeri pokazuju da su ta očekivanja bila značajno precijenjena.

Premda je sustav upravljanja u socijalističkom društvu zagovarao već spomenutu jednakost (a kasnije i samoupravljanje!), s vremenom se jasno prepoznaje važnost *profesionalnog menadžmenta* i njegovih mogućnosti djelovanja i u okvirima tako zadanih sustava. Očekivanja od profesionalnog menadžmenta značajno su porasla nakon početka tranzicije, a posebno su isticana u razdoblju nakon 2000. godine kroz različite organizacijske promjene i edukaciju. Međutim, niti nakon dvadeset pet godina od početka tranzicije nisu definirana jasna očekivanja ili kriteriji za menadžment u javnim službama – štoviše, još uvijek su naglašeno prisutna imenovanja prema političkim kriterijima.

### **Kako razumjeti razvoj ili objasniti uspjehe odnosno održivost decentralizacije u zdravstvenom sustavu Hrvatske?**

Međuodnos ključnih segmenata decentraliziranog sustava sagledavat ćemo kroz četiri prije navedene faze ili ciklusa decentralizacije:

- prvi ciklus koji započinje 1950-ih, određen je najviše odlukom da se jača model primarne zdravstvene zaštite,
- drugi započeo 1970-ih, snažno određen samoupravljanjem,
- treći započeo 1990-tih s procesom tranzicije kao najsnažnijim generatorom promjena, te
- četvrti započeo pokušajem osnaživanja decentralizacije nakon 2000. godine.

Značajka je prvog ciklusa u *ujednačenoj snazi svih segmenata* važnih za decentralizaciju: postojala je politička volja da se napravi odmak od centralističkog sovjetskog sustava, postojala je naslijeđena snaga javnozdravstvenog znanja i profesionalaca te se upravljanje moglo regulirati kroz snažne političko-upravljačke strukture.

Značajka je druge faze da u njoj *dominira i nameće se novi model upravljanja* – samoupravljanje, dok istovremeno politička podrška ostaje tek na ideološkom odobravanju, ili se pak spušta na lokalnu razinu gdje, zbog uvijek opterećenih međuljudskih odnosa, ne uspijeva biti dosljedno provedena. Profesionalci dolaze u priliku da snažnije sudjeluju u procesu odlučivanja, ali se njihov ukupni interes zbog razvoja medicine sve više okreće kliničkim ustanovama čime slabi ključna karika – primarna zdravstvena zaštita. Iako u to vrijeme zbog snage domova zdravlja to nije tako izgledalo, kasnije objavljeni podaci pokazuju već tada nagomilane probleme u PZZ!

Treća faza, faza tranzicije *djelovala je „obećavajuće“* za decentralizaciju, ali joj u suštini uopće nije bila prioritet, niti ju je prepoznala kao priliku. Naime, postojale su komponente: regionalna podjela na općine – kasnije dodatno osnažena kroz sustav županija; te naslijeđene ustanove organizirane u lokalne mreže ili čak integrirane ustanove (medicinske centre). Međutim, veličina problema (prije svega financijskih!), ali i potreba da se organiziraju sve vertikale javnih službi u osamostaljenoj državi nagnale su vlasti da ubrzano sve stave pod centralnu kontrolu. Ovo stanje dodatno je pogoršala ratna agresija na Hrvatsku.

Rezultat toga je bio da se naslijeđe samoupravnih zajednica prepoznalo samo kao izrazito neučinkovit sustav s kojim se teško upravlja. Novo osnovane regije-županije bile su neekipirane da se samostalno brinu o zdravstvenom sustavu. Građani i profesionalci - kao dionici - sve svoje aktivne angažmane trebaju realizirati kroz demokratske izbore, a zatim javno djelovanje prepustiti izabranim predstavnicima. Naposlijetku, pojavila se potreba za privatizacijom – tada “čudotvornim” lijekom za neučinkovitost u poslovanju.

Posljednja faza, započeta nakon 2000. godine u političkom smislu pokušala je rehabilitirati decentralizaciju, trajno prisutnu u zakonskim određenjima. Određena je i specifična formula za alokaciju sredstava za zdravstvene potrebe po županijama. Također, pokrenuti su programi edukacije za menadžment u zdravstvu (poslijediplomski specijalistički studij *Menadžment u zdravstvu*, projekti *Zdravi grad* i *Zdrava županija*). Međutim, postignuti su tek ograničeni rezultati. Iako u cjelini trajno postoji problem centralnog financiranja zdravstvenih usluga kroz Hrvatski zavod za zdravstveno osiguranje, preostali prostor za razvoj decentralizacije nije iskorišten. Nije iskorištena čak niti zakonska obaveza da županije formiraju svoje *savjete za zdravlje*, koji bi koordinirali i planirali provođenje zdravstvene zaštite na svom teritoriju. Objašnjenje za ovakvo stanje može se naći u potpunoj neusklađenosti reformskih aktivnosti na svim razinama. Isto tako ovo stanje predstavlja polazište za procjenu razvoja decentralizacije u sljedećem razdoblju.

Možemo zaključiti: Ne postoji politička volja, niti kapacitet da se na „policy“-razini sustavno razvije model decentraliziranog zdravstvenog sustava. Međutim, iskustva nekih sredina, prije svega Istarske županije, pokazuju koliko se snažno može djelovati i na „policy“-razini.

Usljed nekoordiniranih reformi pojedinih dijelova zdravstvenog sustava ne postoji interes niti u jednoj profesionalnoj grupaciji da se opsežnije horizontalno povezuje. Međutim, razvoj modela koncesija i stimulacije za suradnju pokrenule su pokušaj osnivanja skupnih praksi obiteljskih liječnika.

Postojeće potrebe suradnje na razini PZZ te suradnje sa stacionarnim ustanovama tek treba precizno istražiti. Postoje znakovi da se radi o najkritičnijem dijelu zdravstvenog sustava, a tim i mogućem prostoru za razvoj novih oblika organizacije na decentraliziranim osnovama.

Upravljanje je iznimno slabo – kako na razini javnih službi tako i ustanova. Formiranje županijskih timova za zdravlje i njihovo djelovanje u nekoliko županija pokazuju da tu postoji veliki prostor i zakonska podloga za daljnji razvoj. Poseban problem predstavljaju domovi zdravlja, nekad središnje ustanove decentraliziranog zdravstvenog sustava. Njihovu ulogu u budućem zdravstvenom sustavu – decentraliziranom ili centraliziranom – svakako treba u cijelosti preispitati.

Građani iskazuju visok interes za veće uključivanje u zdravstvenu zaštitu, ali ne postoje jasno definirane procedure niti poveznice prema sustavu. Mogućnosti civilnog sektora su značajne, pa bi se uz strateško vođenje i podršku na svim razinama lokalnog organiziranja (općina, grad, županija) moglo značajno doprinijeti osnaživanju zajednice.

Možemo zaključiti da uz brojne probleme postoji i dosta mogućnosti da se svih pet segmenata nužnih za decentralizaciju dovedu u aktivno stanje. Time bi se kotač decentralizacije ponovo mogao pokrenuti. Stoga očekujemo žive diskurzivne prakse svih pet elemenata kotača decentralizacije na našoj javnozdravstvenoj sceni.

## Referencije

Bajt, A, 1988, Samoupravni oblik društvene svojine, Globus Zagreb

De Vries, M, 2000, The rise and fall of decentralization: a comparative analysis of arguments and practices in European countries, European Journal of Political Research vol 38, pp.193–224.

- Džakula, A, Orešković, S, Brborović, O, et al., 2005, Decentralization and healthcare reform in Croatia 1980–2002, In: Shakarishvili, E, editor, Decentralization in Healthcare—Analyses and Experiences in Central and Eastern Europe in the 1990s, Budapest - Local Government and Public Service Reform Initiative and Open Society Institute, pp. 133–73.
- Fuenzalida-Puelma, HL, 2002, Health Care Reform in Central and Eastern Europe and the Former Soviet Union, Budapest - OSI-Local Government and Public Services Reform Initiative (Literature review, pp. 81–88).
- Ham, C, Honigsbaum, F, 1998, Priority setting and rationing health services, In: Saltman, RB, Figueras, J, Sakellarides, C, editors, Critical Challenges for Health Care Reform in Europe, Buckingham- Open University Press, pp. 113–34.
- Hebrang, A, 1994, Reorganization of the Croatian health care system, Croatian Medical Journal, vol.35, pp.130–6.
- Hrvatski zavod za javno zdravstvo. Hrvatski zdravstveno-statistički ljetopis (2000.- 2012. godine). Zagreb - Hrvatski zavod za javno zdravstvo, 2001-2011
- Letica, S, 1989, Zdravstvena politika u doba krize, Zagreb - Naprijed
- Mosca, I, 2006, Is decentralization the real solution? A three country study, Health Policy vol.77, pp.113–20.
- Nacionalna strategija razvitka zdravstva 2006-2011. Ministarstvo zdravstva i socijalne skrbi 2006.
- Nacionalna strategija zdravstva 2012-2020. Ministarstvo zdravstva Republike Hrvatske 2012.
- Popović, V, Letica, S, Škrbić, M (urednici), 1981, Zdravstvo u Socijalističkoj Republici Hrvatskoj, Jumea-Zagreb
- Potter, C& Brough, R, 2004, Systemic capacity building: a hierarchy of needs, Health Policy and Planning, vol.19, pp.336–45.
- Saltman, RB, Bankauskaite, V, Vrangbaek, K, 2007, Decentralization in health care. European Observatory on Health Systems and Policies Series
- Scutchfield, FD, Hall, L, Ireson, CL, 2006, The public and public health organizations: issues for community engagement in public health, Health Policy, vol.77, pp.76–85.
- Strategija i plan reforme zdravstva i zdravstvenog osiguranja. Ministarstvo zdravstva 2000.
- Šarić, M, Rodwin, VG, 1993, The once and future health system in the former Yugoslavia: myths and realities, Journal of Public Health Policy, vol.14, pp.220–3.
- Šogorić, S, Rukavina, TV, Brborović, O, et al., 2005, Counties selecting public health priorities—a “bottom-up” approach (Croatian experience), Collegium Antropologicum, vol.29, pp.111–9.
- The European Union’s CARDS Programme for Croatia. The European Union’s CARDS Programme for Croatia. Capacity Strengthening for Administrative

Decentralisation (Nr. 663083-2287-3886). /Završni izvještaj za zdravstvo/ Ministarstvo uprave Republike Hrvatske 2007.

Thurston, WE, MacKean, G, Vollman, A, et al., 2005, Public participation in regional health policy: the theoretical framework, Health Policy, vol.73, pp.237–52.

WHO Regional Office for Europe, 1998, Centre for Urban health. Strategic Plan. Urban Health/ Healthy Cities Programme (1998 – 2002), Phase III of the WHO healthy Cities project, Copenhagen

Zakon o zdravstvenoj zaštiti («Narodne novine», br. 150/08., 71/10., 139/10., 22/11., 84/11., 12/12., 70/12, 144/12. i 82/13)

# **NEJEDNAKOSTI U ZDRAVLJU - JAVNI DISKURS U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJI**

**Renata Kutnjak Kiš**

## **Javni interes za nejednakosti u zdravlju**

Nejednakost u zdravlju od velikog je interesa za sve zemlje pa tako i za Republiku Hrvatsku koja se trenutno suočava s velikim promjenama u svim aspektima zdravstvene zaštite. Troškovi zdravstvene zaštite sve su veći kao posljedica demografskih promjena te tehnološkog i znanstvenog napretka, jednako kao i očekivanja po pitanju prava na zdravstvenu zaštitu. Sve to rezultira ograničenim mogućnostima financiranja zdravstvene zaštite. Nejednakosti u zdravlju su razlike u zdravstvenom stanju ili u distribuciji determinanti zdravlja između različitih grupa u populaciji. Neke nejednakosti u zdravlju mogu se pripisati biološkim razlikama ili slobodnom izboru, dok se druge pripisuju okolini i vanjskim uvjetima koji su izvan kontrole pojedinaca (Dahlgren and Whitehead, WHO, 2007 and Vervoordeldonk J. et al., 2013).

Potencijal za zdravlje određene osobe tako ovisi o nepromjenljivim čimbenicima rizika kao što su spol, dob i genetska predispozicija te potencijalno promjenljivim čimbenicima u koje ubrajamo životne navike, fizičko i socijalno okruženje te šire kulturalne, okolišne i socioekonomske uvjete (Whitehead and Dahlgren, 1991). Siromaštvo, socijalna isključenost i diskriminacija, društveni status vezan uz zanimanje i obrazovanje, loši uvjeti stanovanja te nepovoljni uvjeti za vrijeme najranijeg razvoja djece, važne su odrednice većine bolesti, smrti i nejednakosti u zdravlju između i unutar pojedinih zemalja.

Suočenost s rastućim problemom nejednakosti u zdravlju na nadnacionalnoj i nacionalnoj razini te unutar regija, socio-ekonomske nejednakosti u zdravlju velik su izazov zdravstvenoj politici širom svijeta. Stoga se unatrag desetak godina o toj tematici odvija globalni javnozdravstveni diskurs. Iako je u cjelini postignut veliki napredak u produljenju životnog vijeka i u liječenju mnogobrojnih bolesti, nikada nije bio veći raskorak između bogatih i siromašnih u stopama obolijevanja i umiranja te očekivanom trajanju zdravog i ukupnog života. Stoga Svjetska zdravstvena organizacija ističe kako teretu bolesti u Europi doprinose, ne samo "klasični" faktori rizičnog ponašanja već globalna neoliberalna ekonomska politika, nejednakosti u prihodu, siromaštvo, opasnosti za zdravlje vezane uz radno mjesto te nedostatak socijalne kohezije. Stoga je za smanjivanje nejednakosti u

zdravlju neophodna multidisciplinarna i multisektorska suradnja (Dahlgren and Whitehead, 2007 and WHO Regional Office for Europe, 1999).

Važno je istaknuti kako su još u 19. stoljeću postavljeni temelji socijalne medicine kada su utvrđeni brojni dokazi kako je siromaštvo u podlozi mnogih bolesti. Već tada se smatralo da je glavni zadatak medicine i liječnika ne samo liječenje nego i intervencija u socijalni i politički život, kako bi se otklonili nepovoljni uvjeti života ljudi iz nižih socijalnih klasa. Stoga su države diljem Europe poduzimale brojne intervencije kako bi se smanjile socijalne i ekonomske nejednakosti jer se počelo shvaćati da je zdravlje radnika neophodan preduvjet za industrijski razvoj. Dakle, od sredine 19. stoljeća prisutno je povezivanje socijalnog koncepta zdravlja i ideje napretka, a on je aktualan i danas (Staničić, 2002.).

Između županija u Hrvatskoj postoje velike razlike u očekivanom trajanju života, stopama smrtnosti, samoprocjeni stanja zdravlja i pristupačnosti zdravstvene zaštite, socijalno-ekonomskim pokazateljima, životnom stilu i drugim determinantama zdravlja. Osim nejednakosti u zdravlju među županijama, postoje i unutar županijske nejednakosti u zdravlju. Stoga bi one trebale biti u fokusu pažnje kako nacionalne tako i lokalne politike, javnog zdravstva i civilnog sektora. Da li je doista tako? U ovom istraživanju analiziraju se diskurzivne prakse o nejednakostima u zdravlju koje su aktualne u Međimurskoj županiji (Šućur, Zrinščak, 2007.).

### **Nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji**

Međimurska županija je površinom najmanja, najsjevernija i najgušće naseljena županija u Republici Hrvatskoj. Na površini od 730 kilometara kvadratnih, u 22 općine i tri grada žive 113.804 osobe, prosječna starost iznosi 40 godina. U inozemstvu živi 7,5% stanovništva Međimurja (više od prosjeka Hrvatske koji iznosi 5,1%), udio poljoprivrednog stanovništva je u Međimurju značajno veći nego u Hrvatskoj (13,8% u odnosu na 5,5%) kao i udio aktivnog stanovništva (51,7% u odnosu na 44%). Iako je stopa nezaposlenosti u Međimurskoj županiji manja nego u Republici Hrvatskoj, struktura nezaposlenih je vrlo nepovoljna. Prema Popisu stanovništva iz 2011. godine, u Međimurskoj županiji je bilo registrirano 5107 osoba Romske nacionalnosti te njihov udio u ukupnom stanovništvu Međimurja iznosi 4,5%, odnosno u Međimurju živi 30% od ukupnog broja registriranih Roma u Hrvatskoj. No, prema procjenama, u Međimurju živi između 7000-9000 Roma. Prosječna starost stanovništva najvećeg romskog naselja Kuršanec iznosi 17,7 godina. U Međimurskoj je županiji dvostruko veći udio punoljetnih osoba koje nemaju dovoljno sredstava za život i korisnici su socijalne pomoći (3,9% u odnosu na 1,7% u Hrvatskoj).

Prema procjenama Centra za socijalnu skrb za 2011. godinu, 76% korisnika socijalnih transfera su Romi. Ukupna prevalencija osoba s invaliditetom kao i prevalencija za radno aktivnu i životnu dob iznad 65 godina je u Međimurskoj županiji ispod prosjeka Hrvatske, dok je prevalencija osoba s invaliditetom u dječjoj dobi iznad prosjeka te najveća zabilježena u Republici Hrvatskoj. Već dugi niz godina u Međimurskoj se županiji bilježi najniža isplaćena neto plaća u Republici Hrvatskoj (iako stopa rizika od siromaštva nije najniža u Međimurskoj županiji), a uočljiva je i nepovoljna struktura stanovništva po kriteriju stručne spreme. Tako prema posljednjem popisu stanovništva, udio visokoobrazovanih osoba u Međimurju iznosi 10,1% dok je prosjek Hrvatske 16,4%, a udio stanovništva sa završenih manje od osam razreda osnovne škole u Republici Hrvatskoj iznosi 9,6%, a u Međimurskoj županiji čak 15,3%.

Očekivano trajanje života u Međimurskoj županiji je vrlo slično državnom prosjeku i u 2008./2009. godini je iznosilo 72,14 godina za žene i 79,8 godina za muškarce. Stopa smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava je u Međimurskoj županiji 2010. godine bila niža od prosjeka za Hrvatsku, od malignih bolesti je bila viša, a od ozljeda, otrovanja i drugih vanjskih uzroka je bila gotovo ista prosjeku Hrvatske. Prosječne godišnje dobno-standardizirane stope ukupne smrtnosti te smrtnosti od bolesti cirkulacijskog sustava za dob 25-64 godine u periodu od 2006.-2010. godine, bile su u Međimurskoj županiji gotovo tri puta veće u osoba nižeg obrazovnog statusa - osobe koje su završile samo osnovnu školu ili je niti nisu završile u cijelosti, u odnosu na visokoobrazovane osobe - osobe sa završenom višom školom, prvostupnici te osobe sa završenim stručnim ili sveučilišnim studijem (Kutnjak Kiš et al., 2013; Ured državne uprave u Međimurskoj županiji, 2013; UNDP Hrvatska, 2014.).

To su samo neki od važnih indikatora koji nam mogu pomoći da lakše razumijemo zaokupljenost, osjetljivost i nezadovoljstvo pojedinih dionika i aktera u Međimurju na određene socijalno-ekonomske, kulturne i političke sadržaje koji su već dugi niz godina prisutni u Međimurskoj županiji i koji su generirali ili još uvijek generiraju konfliktne točke, odnosno stvaranje javnih diskursa i organizacijsko djelovanje. Tijekom vremena, diskurzivne prakse su bile različito uvjetovane i usmjerene - jednom više prema socijalnom aspektu, drugi put političkom, treći put ka zdravstvenom pa akademskom ili laičkom. Ovisno o aktualnom trenutku.

Nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji i djelovanje pojedinih sektora u društvu kao odgovor na te nejednakosti:



## Zdravstveni sektor

*Stil života* čini jednu od vrlo važnih odrednica zdravlja o kojoj se već dugi niz godina u Međimurskoj županiji odvija vrlo snažan javnozdravstveni diskurs te se provode brojne aktivnosti, programi i projekti usmjereni promicanju pravilne prehrane, redovite tjelesne aktivnosti, suzbijanju pušenja i konzumacije alkohola te upotrebe ilegalnih droga. Taj je javnozdravstveni diskurs dobio svoj najsnažniji zamah prije 10-tak godina uključivanjem Međimurske županije 2004. godine u program „Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici - Zdrave županije“ a i danas je aktualan. U aktivnostima promicanja zdravlja koristio se ne samo individualni već i populacijski pristup. U ovom je segmentu svakako potrebno spomenuti ostvarenu multisektorsku suradnju te osobito kvalitetnu suradnju između zdravstvenih djelatnika i oboljelih od malignih bolesti koji djeluju u sklopu Županijske lige protiv raka Čakovec ali i suradnju zdravstvenih djelatnika i osoba s posebnim potrebama. Također se već dugi niz godina, a osobito nakon pokretanja nacionalnih programa za rano otkrivanje malignih bolesti, krajem 2006. godine, u Međimurskoj županiji odvija snažan diskurs o potrebi i mogućnostima *ranog otkrivanja ali i prevencije malignih bolesti* te resocijalizacije oboljelih kroz djelovanje brojnih klubova (Kutnjak, Najman Hižman, 2010). U novije vrijeme, osobito prošle godine, u Međimurskoj se županiji odvijao snažan diskurs na temu *palijativne skrbi*.

Svjestan pozicije Međimurja kao i aktualnog svjetskog javnozdravstvenog diskursa vezanog uz *društvene odrednice zdravlja*, Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije se u kolovozu 2012. godine uključio kao jedan od 10 partnera u međunarodni ACTION-FOR-HEALTH projekt (Reducing health inequalities: preparation for action plans and structural funds project) kojem je osnovni cilj smanjivanje nejednakosti u zdravlju primjenom metoda promicanja zdravlja uz bolje korištenje sredstava iz strukturnih fondova Europske unije. U procesu nastojanja ostvarivanja tog cilja, učinjena je analiza postojećeg stanja i ocjena potreba, kroz projektne aktivnosti se radilo na povećanju kapaciteta stručnjaka javnog zdravstva, participativnom metodom uz sudjelovanje svih dionika izrađen je Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji 2014.-2020. godine (*The Strategic Plan for Tackling Health Inequalities in Međimurje County through Health Promotion 2014-2020*). Međimurska županija je tako prva županija u Republici Hrvatskoj koja ima svoj strateški plan za smanjivanje nejednakosti u zdravlju. Nakon donošenja Strateškog plana odabran je jedan od planiranih ciljeva te se pristupilo njegovoj pilot implementaciji u praksi. Osmišljen je „Program zdravog života“, s ciljem motivacije stanovništva na usvajanje zdravog stila života te prevencije, ranog otkrivanja i bolje kontrole kroničnih nezaraznih bolesti. No, ovom su prigodom kao ciljana populacija odabrane osobe srednje

i starije životne dobi, prvenstveno žene, u jednoj maloj ruralnoj općini koja je prostorno druga najudaljenija općina od grada Čakovca, središta županije, te općina u kojoj su stope smrtnosti od kardiovaskularnih bolesti u posljednjih nekoliko godina bile među najvišima u županiji. Program je proveden u lokalnoj zajednici uz interdisciplinarni, multisektorski i pretežno populacijski pristup, a imao je odličan odaziv. U sklopu tog programa izrađena je i publikacija pod nazivom „Živimo zdravo“ koja će poslužiti kao alat za održavanje motivacije u procesu usvajanja zdravog stila života te osnaživanje za povećanje kontrole nad vlastitim zdravljem. Trenutno je u tijeku evaluacija programa.

U Međimurskoj je županiji već dugi niz godina prisutan javnozdravstveni diskurs usmjeren na *grupe u socijalno-nepovoljnom položaju* ali je djelovanje, prvenstveno javnozdravstvenog sektora i primarne zdravstvene zaštite, usmjereno pretežno na *unapređenje zdravlja uglavnom romske populacije*. Tako se već godinama, u romskim zajednicama provode brojni programi i aktivnosti u cilju smanjivanja nejednakosti u zdravlju. Kontinuirano se provodi zdravstveno prosvjećivanje roditelja romske djece o osnovnim mjerama zdravstvene zaštite, nadzor na provedbom obveznog cijepljenja te brojne akcije dopunskog cijepljenja, zdravstvena edukacija usmjerena poboljšanju navika vezano uz higijenu, pripremu i pohranjivanje hrane te higijenu okoliša, snimljena je pripadnost timovima obiteljske medicine i pedijatrijskim timovima, provode se preventivne i specifične mjere i aktivnosti zaštite školske djece i mladih, a u skorije vrijeme, u Edukacijskom centru za Rome u Kuršancu održavaju se predavanja i radionice u cilju zdravstvenog prosvjećivanja romske populacije.

Sve se to odvija u sklopu redovnih programa pojedinih djelatnosti bez osiguravanja dodatnih financijskih sredstava i dodatnih kadrova, a situacija bi mogla biti puno povoljnija kad bi se to uvažavalo i kad bi suradnja i zainteresiranost romske populacije bila bolja:

*„...da bi Nacionalni program bio što učinkovitiji smatramo izuzetno važnim pronaći motivirane osobe u romskim naseljima koji bi pomogli u provedbi zdravstvenog odgoja i prosvjećivanju Roma te bi motivirali romsku populaciju na suradnju....U romskim naseljima gdje postoje takve osobe u koje ostali stanovnici imaju povjerenja, vidi se veliki napredak u provođenju mjera navedenih u Nacionalnom programu.....da bi se mogle kvalitetno provoditi sve mjere predviđene Nacionalnim programom za Rome, trebaju biti osigurani svi nužni preduvjeti, suradnja i angažiranost svih sudionika Programa, trajno osigurana financijska sredstva... (Iz izvještaja zdravstvenih ustanova vezano uz provedbu Nacionalnog programa za Rome i Akcijskog plana Desetljeća za uključivanje Roma 2005.-2015. godine).*

S druge strane, prilikom izrade Akcijskog plana za uključivanje Roma Međimurske županije od 2013. do 2015. godine romski predstavnici su u području zdravlja istaknuli različite probleme: *...diskriminaciju Roma od strane zdravstvenih djelatnika i nerazumljive odluke komisije HZZO-a, nepoznavanje načina ostvarivanja prava na zdravstvene usluge zbog čega se liječnici žale na prekomjeran broj poziva hitnoj pomoći, a na premalo korištenje liječničkih usluga primarne zdravstvene zaštite...* Kao jednu od ključnih potreba koju su istaknuli romski predstavnici za rješavanje tih problema navodi se: *“...angažiranje Roma na posredovanju u komunikaciji između romskog stanovništva i zdravstvenih djelatnika zaduženog i za informiranje Roma o zdravlju i zdravstvenom sustavu...”* (UNDP Hrvatska, 2013.).

Budući da zdravstveni djelatnici ulažu velike napore kako bi uspjeli zadovoljiti povećane potrebe za zdravstvenom zaštitom Roma, jer nažalost, unatoč specifičnoj situaciji, nisu povećani kadrovski normativi niti su izdvojena dodatna financijska sredstva, a romska populacija ipak ima osjećaj da se za njih ne čini dovoljno, neminovno dolazi do stvaranja antagonizma. U zemljama u tranziciji te zbog aktualne ekonomske krize, javljaju se i pritisci većinskoga stanovništva koje je također socijalno ugroženo, na smanjivanje davanja i prava koja ostvaruju Romi. (Novak, 2004.)

Prilikom zadnjeg posjeta ministra zdravlja Međimurskoj županiji (23.04.2014. godine), u razgovoru s predstavnicima zdravstvenih ustanova, ministar je istaknuo, kako se upravo zbog povećane potrebe za zdravstvenom zaštitom za djecu romske nacionalnosti, u Međimurskoj županiji neće smanjivati broj kreveta na dječjem odjelu Županijske bolnice Čakovec.

## **Socijalna skrb**

Krajem 2012. godine Ministarstvo socijalne politike i mladih Republike Hrvatske počelo je provoditi projekt „Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstitutionalizacije socijalnih usluga. Projekt je financiran u sklopu IV. komponente IPA programa Europske unije za Hrvatsku – Razvoj ljudskih potencijala. Projekt provodi konzultantska tvrtka Oxford Policy Management Limited u suradnji s hrvatskim udrugama – Udrugom za promicanje inkluzije i udrugom za inicijative u socijalnoj politici. U projekt se uključila i Međimurska županija jer je svjesna potrebe daljnje deinstitutionalizacije i poboljšanja kvalitete samih socijalnih usluga. Projekt ima dvije glavne komponente:

- 1) Osnaživanje kapaciteta stručnjaka na županijskoj razini pri socijalnom planiranju i promicanju alternativnih oblika skrbi u zajednici i
- 2) Osnaživanje kapaciteta stručnjaka vezano uz proces deinstitutionalizacije i transformacije domova socijalne skrbi.

U sklopu prve komponente, Savjet za socijalnu skrb Međimurske županije u proširenom sastavu, postigao je konsenzus oko definiranja pet grupa koje su u Međimurskoj županiji u socijalno-nepovoljnom položaju: marginalizirane skupine i skupine kojima prijeti socijalna isključenost, stare i nemoćne osobe, djeca s teškoćama u razvoju i mladi koji napuštaju sustav socijalne skrbi, osobe s invaliditetom i obitelji u riziku. U Strateškom planu za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji od 2014. do 2020. godine, smanjivanje unutar županijskih nejednakosti u zdravlju kroz programe promicanja zdravlja namijenjene grupama u socijalno nepovoljnom položaju je jedan od 5 općih ciljeva ovog plana. Proces deinstitucionalizacije se u Međimurskoj županiji počeo provoditi još 2006. godine, a inicijativa je potekla iz nevladinog sektora. Program organiziranog stanovanja uz podršku za osobe s intelektualnim teškoćama započeo je u prosincu 2006. godine u Udruzi za pomoć osobama s mentalnom retardacijom Međimurske županije, prvo u Čakovcu, a kasnije se proširio na šire područje Međimurja. Program se i danas provodi vrlo uspješno, i to u suradnji s Ministarstvom socijalne politike i mladih, jedinicama lokalne uprave i samouprave te županijskim Centrom za socijalnu skrb. Ista je udruga 2008. godine osnovala Dnevni centar koji nudi usluge poludnevnog boravka. U Međimurskoj županiji postoje i brojne druge inicijative i programi deinstitucionalizacije. No, to ipak nije dovoljno, budući da su potrebe sve veće, a otvaraju se i nove mogućnosti, a jedna od njih će se osigurati upravo kroz ovaj projekt (Canjuga, 2013.)

### **Regionalna i lokalna samouprava, školstvo, akademska zajednica**

Tijekom 2012. godine započelo je u Međimurskoj županiji provođenje još jednog vrlo značajnog projekta „Platforma za socijalno uključivanje Roma u Međimurju“ koji se provodi u sklopu Programa ujedinjenih naroda za razvoj (UNDP) u Hrvatskoj u okviru programa „Comprehensive Inclusion Programme for Roma in the Međimurje County in Croatia“ te uz financijsku podršku fondacije *Otvoreno društvo* - Instituta za otvoreno društvo (Making the Most - inicijativa). Projekt koristi integrirani pristup za procjenu, planiranje, izradu i provedbu aktivnosti na lokalnoj razini koji ima za cilj poboljšati uključenost Roma u području obrazovanja, zapošljavanja te sudjelovanja u zajednici i vlasti Međimurske županije. Kao glavni lokalni partneri, u projekt su uključeni Međimurska županija, Osnovna škola Kuršanec te Vijeće romske nacionalne manjine i romske nevladine udruge, ali i Odsjek u Čakovcu Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu, nevladina udruga ACT/CEDRA i drugi. U sklopu tog programa, u mjesecu travnju 2013. godine izrađen je Akcijski plan uključivanja Roma Međimurske županije 2013.-2015. godine. U procesu izrade plana

sudjelovali su brojni dionici a potom se pristupilo izradi „Atlasa romskih naselja u Međimurskoj županiji“ koji sadržava podatke o ekonomskom i društvenom položaju Roma u 12 romskih naselja, a u Romskom naselju Kuršanec je provedeno terensko istraživanje na razini kućanstva. Takvi su podaci neophodni za pripremu ciljnih politika razvoja siromašnih zajednica kao i za izradu modela financiranja za strukturne fondove Europske unije. Kao dio tog projekta, provedene su i brojne druge aktivnosti – aktivnosti studenata Učiteljskog fakulteta u svrhu podizanja obrazovnog nivoa kod učenika Roma, a učitelji osnovne škole Kuršanec, romski pomagači, predstavnici romskih zajednica, predstavnici županije i centra za socijalnu skrb su sudjelovali u više edukativnih programa socijalne inkluzije. Neke aktivnosti su se odvijale u Obiteljskom centru u Kuršancu kojeg će se i kroz ovaj projekt nastojati potpuno funkcionalno osposobiti kako bi mogao ponuditi niz društvenih aktivnosti u cilju povećanja multikultuaralne osjetljivosti (UNDP Hrvatska, 2014.).

U povodu Svjetskog dana Roma te povodom stoljeća i pol od naseljavanja Roma Bajaša u Međimurju, a u organizaciji Odsjeka u Čakovcu Učiteljskog fakulteta Sveučilišta u Zagrebu i Instituta za hrvatski jezik i jezikoslovlje Podružnica Čakovec, početkom travnja ove godine održan je u Čakovcu okrugli stol na temu „Multikulturalnost u odgoju i obrazovanju – Međimurje danas“. Na okruglom stolu su sudjelovali stručnjaci i znanstvenici iz područja odgoja i obrazovanja, jezikoslovlja, zdravstva, predstavnika lokalne zajednice, nevladinih udruga, romske manjine, tijela državne uprave i studenata Učiteljskog fakulteta.

Ovdje iznosim dio teksta objavljenog na internetu iz rasprave koja se odvijala na okruglom stolu „*U zanimljivoj raspravi u kojoj su sudjelovali i studenti učiteljskoga i odgojiteljskog studija dotaklo se pitanje ravnopravnosti, prava i obaveza svakoga člana društva pa tako i pripadnika romske manjine. Zaključeno je da postoje veliki pomaci u promišljanjima o odgoju i obrazovanju tijekom posljednjih petnaestak godina, no potrebno je još mnogo napora uložiti kako bi se u sustavu napravili uvjeti kontinuirane provedbe ciljeva u odgoju i obrazovanju pripadnika romske nacionalne manjine*“ (Sveučilište u Zagrebu, 2014.).

## **Društveni sektor**

Međimurska županija je regija lider u Hrvatskoj u području društvenog uključivanja marginaliziranih skupina. Najviše aktivnosti na tom području provodi ACT grupa – konzorcij organizacija i pojedinaca/ki koji/e promiču, razvijaju i unapređuju društveno odgovorno ponašanje i poslovanje, društvenu i solidarnu ekonomiju, društveno poduzetništvo i civilno društvo. ACT grupa je član ENSIE - europske mreže društvenih poduzeća za radnu

integraciju, koja je priznata kao ključni partner Europske komisije na području društvenog uključivanja marginaliziranih skupina (ACT grupa, 2014.). Autonomni centar ACT Čakovec je 2012. godine dobio hrvatsku nagradu za socijalno poduzetništvo godine, a Humana Nova nagrade najkvalitetnijim poslodavcima za raznolikost u ljudskim potencijalima pod nazivom „Ključna razlika“, u kategoriji ravnopravnosti osoba s invaliditetom (POMAKONLINE Magazin za društveni razvitak, 2012. i Socijalna zadruga Humana Nova, 2013.).

ACT grupa je na tržištu prepoznatljiva po inovativnim programima radne integracije, poticanja zapošljavanja marginaliziranih skupina te pronalaska kreativnih rješenja za probleme u lokalnim zajednicama. Unatoč krizi, sve organizacije ACT grupe, koju čine Socijalna zadruga Humana Nova, Udruga Autonomni centar – ACT, ACT Printlab, ACT Konto te Centar za eko društveni razvoj CEDRA Čakovec, posluju pozitivno, a u posljednje dvije godine ACT grupa je zaposlila 40-tak osoba, većim dijelom osobe s invaliditetom, dugotrajno nezaposlene te pripadnike nacionalnih manjina. Ove godine osnovali su još Centar za pomoć u kući Međimurske županije, a tijekom ove godine planiraju osnovati još dvije organizacije: Socijalnu poljoprivrednu zadrugu „Domaći vrt“ te inkluzivni restoran iz zajednice „Domaće jelo“. U ACT grupi ističu da je provođenje društveno poduzetničkih projekata, koji počivaju na načelima društvenog, ekološkog i ekonomski održivog poslovanja, usmjerenih stvaranju dobiti koja se u cijelosti ili dijelom reinvestira za dobrobit zajednice, pravi i jedini recept za krizu jer se „..... *U takvom poduzetništvu vodi računa o očuvanju radnih mjesta, održivom rastu i stvaranju jednakih šansi za sve, gdje se svaki pojedinac promatra kao koristan član društvene zajednice, sposoban pridonijeti razvoju društva u kojem živi*“ (Bičak D, 2013.).

Najnovija inicijativa ACT grupe Čakovec je sudjelovanje u aktivnostima oko pokretanja prve etične banke u Hrvatskoj koju pokreće Zadruga za etično financiranje, a s ciljem ulaganja u društveno korisne poslove, projekte održivog razvoja i zaštite okoliša te sve one skupine koje nemaju pristup financiranju. U Hrvatskoj bi e-banka trebala početi s radom u 2015. godini. Takve banke već posluju diljem Europe, a inicijativa osnivanja e-banke u Hrvatskoj je izuzetno važna jer će alternativni modeli financiranja biti ključni elementi strategije razvoja EU i Hrvatske u borbi protiv siromaštva i sve veće gospodarske krize (M.R./ebanka, 2014.).

Vrlo aktivnu ulogu u ovom području ima i Udruga „Zora“, koja je prošle godine obilježila 10 godina svog rada, a u Međimurskoj županiji ali i u Hrvatskoj je prepoznata kao kreator promjena kroz osnaživanje i pomoć socijalno isključenim i marginaliziranim skupinama te u suzbijanju obiteljskog i rodno uvjetovanog nasilja (Civilno društvo.hr, 2013.).

Osobe s invaliditetom dobivaju najopsežniju podršku u brojnim udrugama koje u Međimurskoj županiji djeluju vrlo uspješno već dugi niz godina, a udružene su u Savez udruga osoba s invaliditetom Međimurske županije.

## Politički sektor

Trenutno je u cijeloj Hrvatskoj a tako i u Međimurskoj županiji prisutan javni diskurs o reorganizaciji zdravstvene zaštite, a najsnažniji „trigger“ bio je provođenje Master plana reorganizacije bolničkog sustava. Budući da se istovremeno provodi i decentralizacija Hrvatske, odnosno reorganizacija državne uprave, javni diskurs o reorganizaciji bolnica je samo jedna diskurzivna praksa koja se odvija u sklopu tog šireg konteksta. To je izazvalo „buru“ reakcija različitih aktera, od novinara, političara, zdravstvenih djelatnika, opće populacije.

Tijekom protekle godine, a osobito početkom 2014., odvijao se snažan javni diskurs u Međimurskoj županiji na temu nejednakosti u zdravlju a kao ilustraciju toga navodim naslove iz samo jednog broja (br. 958) međimorskog tjednika „Međimurske novine“ od 24. siječnja 2014. godine, koji je brojne tekstove koji se bave ovim područjem stavio u prvi plan.

Na naslovnici tog broja istaknuto je: *“Takozvanom decentralizacijom Međimurje ostaje bez ovlasti i utjecaja. Postajemo sirotinja s periferije! Bez moći i utjecaja u Međimurju će se prihodi i plaće još više smanjivati”, “Čakovečka bolnica. Tri kirurga odlaze u inozemstvo?”, “Novim Zakonom promijenjeni uvjeti za socijalnu pomoć: ODZVONILO zloupotrebi socijale?”*.

Osim toga, iz rubrike aktualno istog broja spomenute tiskovine, koja se proteže na nekoliko prvih stranica, navodim samo naslove i podnaslove koji također na to ukazuju (a nisu bili istaknuti na naslovnici): Vijest tjedna: *“Novi Zakon o socijalnoj skrbi ozbiljno reže...”, “Uzimaju nam sudove, policiju...”, “Godinu dana upozoravam da županija gubi identitet”, “Želite li postati Sjeverozapadnjak?”, „Vlasnici automobila više ne mogu dobiti socijalnu pomoć”, “Nezaposlenost je najveći rizik za zdravlje, dvostruko veći rizik da završite na antidepresivima ili na psihijatriji”, “Zdravlje određuju prihodi”, “Bogatiji i obrazovaniji žive dulje i zdraviji su”*.

O podređenom položaju Međimurja ali i osjetljivosti za druge i različite, nerijetko se govori u povijesnim knjigama, monografijama, tekstovima o kulturi i tradiciji Međimurja, znanstvenim radovima kao i u medijima. Prof. dr. Juraj Kolarić u Monografiji, Sveti Juraj u Trnju (Međimurje), 1984. piše: *Međimurje, „Insula Muro-Dravana” („mursko-dravski otok”) ili “perivoj gornje Hrvatske”, ...usnula „fjolica” na Muri, prečesto je nepravedno*

*zapostavljena, zanemarivana i zaboravljena. ...Međimurec je postao zblizavatelj naroda, vjesnik mira i prijateljstva, svjetski putnik. Ali nikada nije zaboravio i ne može zaboraviti svoje ognjište. Gotovo svake subote dolazi kući donoseći darove svojoj djeci i odlazeći sa zalihom domaće hrane. Dolazi i odlazi s pjesmom na usnama. A te su pjesme tugaljive. Zar bi i mogle biti drugačije? (Kolarić, 1984.).*

Naime, Međimurje je tijekom povijesti iskusilo što znači biti nacionalno potlačen, a u vrijeme prve ekonomske krize, zbog siromaštva i nerazvijenosti te velikog porasta broja stanovnika, došlo je do masovnog odlaska Međimuraca na rad u inozemstvo.

Evo kako novinarka u već spomenutom broju lista Međimurske novine komentira aktualni diskurs potaknut decentralizacijom. Iz teksta pod naslovom: *„Želite postati Sjeverozapadnjak? (Pogled odozdo)“* izdvajam pojedine dijelove: *„Nikako mi nije jasno što politika ima od toga da ignorira regionalne identitete? Oni su naše bogatstvo, čuvaju našu raznolikost“... „Želite li karijeru, moći ćete je ostvariti samo u pet središta u Hrvatskoj, i to pod uvjetom da ne putujete na posao, već da ste odande.“... „Je li na djelu nova podjela Hrvatske na pet centara i umjetno stvaranje provincije, što bi u konačnici moglo imati za posljedicu veliko pražnjenje prostora Hrvatske, jer slijedom te politike doći će do seljenja visokoobrazovanih i mladih u središta, što će dovesti do smanjenja broja stanovnika u dijelovima Hrvatske kojima država oduzima ovlasti. Tako će u tim krajevima posljedično odumirati školstvo, zdravstvo, kultura, a ostajati staro, nemoćno i siromašno stanovništvo“ (Malekoci-Oletić, 2014.).*

U ovom članku (i u još nekoliko) novinarka ističe posljedice koje bi nova politička odluka mogla izazvati na različite sektore u društvu – HRT je već prošle godine počeo gasiti svoja dopisništva, (na taj se način pojedine županije stavljaju u nepovoljan položaj jer nemaju jednaka prava na informiranje), raspravlja se o gubitku kulturnog identiteta, ističe se da će doći do iseljavanja (ne samo zdravstvenih djelatnika, već i drugih, osobito visoko obrazovanih osoba, što je izuzetno nepovoljno, budući Međimurska županija ima lošu obrazovnu strukturu stanovništva), u pitanje se dovodi mogućnost napredovanja (u svjetlu stalnih upozorenja kako su veliki troškovi putovanja, činjenica da putujete na posao mogla bi Vam biti prepreka za dobivanje posla, iako imate kvalifikacije) i općenito školovanja djece (tim više što je javni prijevoz loše razvijen u Međimurskoj županiji).

Na takvu situaciju pojavile su se reakcije različitih aktera: Skupština Međimurske županije krajem 2013. godine donosi Deklaraciju o regionalnom razvoju i jedinstvenosti Međimurske županije, predsjednica Odbora za zdravstvo Međimurske županije traži tematsku sjednicu



Skupštine na kojoj će se raspravljati o Master planu bolnica u kojem se predviđa funkcionalno spajanje Opće bolnice Varaždin i Županijske bolnice Čakovec. Na tu se temu (i na inicijativu međimurskih Laburista) održava Sjednica Odbora za zdravstvo (na kojoj sudjeluju brojni dionici) i ministru zdravlja se upućuju primjedbe na predloženi plan. U tom se planu stavlja naglasak kako treba inzistirati najmanje na zadržavanju postojećeg stanja dostupnosti specijalističko-konzilijarne zdravstvene zaštite putem poliklinika, a da prilikom donošenja odluke o lokaciji smještajnih bolničkih kapaciteta za djelatnosti urologije, traumatologije i ortopedije cijele regije (Varaždin i Čakovec), treba voditi računa o kvaliteti prostora te izbjegavati građenje novih kapaciteta (bolnica u Čakovcu ima nove smještajne kapacitete) (Međimurska županija, 2014.). Županijska organizacija SDP-a zbog aktualne situacije u Međimurskoj županiji organizira konferenciju za medije s glavnom temom posvećenom upravo tome – pitanje decentralizacije Hrvatske i mjesta Međimurja u njoj, na kojoj ističu da postojeće promjene neće ugroziti samostalnost bolnice, da će se tek minimalno smanjiti smještajni kapaciteti te da postoje jasna pravila temeljem kojih će se odlučiti o lokaciji pojedinih centara izvrsnosti u regiji.

Tako u tjedniku Međimurje od 8. travnja 2014. godine stoji: naslov članka „SDP Hrvatske, U Čakovcu regionalni odjel interventne kardiologije“, „...U odrazu nekih elemenata nacionalne politike na Međimurje, Novak je rekao da će po master planu reorganizacije bolničkog sustava čakovečka Bolnica ostati samostalna, uz tek minimalno smanjenje broja kreveta, dok će u njoj biti otvoren odjel interventne kardiologije, središnji za pet sjeverozapadnih županija“ (Kovač D, 2014.).

## Kako dalje?

Nejednakosti u zdravlju nisu etički prihvatljive jer su preventabilne i nepravedne. Društvene odrednice zdravlja u centru su interesa i djelovanja svih sektora društva u Međimurskoj županiji. U svjetlu aktualnog trenda porasta potreba za zdravstvenim uslugama, koje je sve teže zadovoljiti, neobično je važno usmjeriti napore čitavog društva u cilju smanjivanja nejednakosti u zdravlju.

Smanjivanjem nejednakosti u zdravlju smanjujemo troškove zdravstvene zaštite, povećavamo stopu zapošljavanja, doprinosimo ekonomskom napretku kako na osobnom, tako i na regionalnom i nacionalnom nivou, a ujedno stvaramo pravednije društvo.

## Referencije

ACT grupa 2014, Godišnji izvještaj 2013, Dostupno na [http://www.act-grupa.hr/download/act\\_grupa\\_izvjestaj\\_HR.pdf](http://www.act-grupa.hr/download/act_grupa_izvjestaj_HR.pdf)

Bičak, D 2013, Čakovečka ACT grupa zapošljava marginalizirane, lani imali prihod od 4,5 mil. Kn, Dostupno na: <http://www.poslovni.hr/mobile/startup-i-vase-price/meimurci-socijalnim-poduzetnistvom-dogurali-do-pet-milijuna-kuna-prihoda-259413>

Canjuga, A, 2013, Uloga centra za socijalnu skrb u procesu deinstituacionalizacije socijalnih usluga, Centar za socijalnu skrb Čakovec, Čakovec.

Civilno društvo.hr, 2013, Zora kreira promijene, Dostupno na: [http://www.civilnodrustvo.hr/index.php?id=127&tx\\_ttnews%5Btt\\_news%5D=7297&cHash=b46aca66eb32703269d993925cab70ba](http://www.civilnodrustvo.hr/index.php?id=127&tx_ttnews%5Btt_news%5D=7297&cHash=b46aca66eb32703269d993925cab70ba)

Dahlgren, D,& Whitehead, M, 2007,, World Health Organization (WHO), *European Strategies for Tackling Social Inequalities in Health: Levelling Up Part 2* [Online], Available from: <http://www.thehealthwell.info/node/91930> [Accessed: 2nd November 2013]

Diagram by Whitehead M and Dahlgren C, 1991, In "What can be done about inequities and health?". *The Lancet*, 338, 8774, 26 October 1991, 1059-1063.

Kolarić, J, 1984, Sveti Juraj u Trnju (Međimurje), ŽU Sveti Juraj u Trnju i KS, Zagreb, iz Predgovora, Dostupno na [http://www.zupa-sveti-juraj.hr/dokumenti/Zupa\\_Sveti\\_Juraj\\_Povijest/005-007\\_Predgovor.htm](http://www.zupa-sveti-juraj.hr/dokumenti/Zupa_Sveti_Juraj_Povijest/005-007_Predgovor.htm)

Kovač, D, 2014, Socijaldemokratska partija Hrvatske, U Čakovcu regionalni odjel interventne kardiologije. List Međimurje od 8.travnja 2014., dostupno na: <http://www.medjimurje.hr/clanak/u-cakovcu-regionalni-odjel-interventne-kardiologije>

Kutnjak Kiš, R, Uvodić-Đurić, D, Bacinger Klobučarić, B, Payerl-Pal, M, Najman Hižman, E i suradnici, 2013, The Strategic Plan for Tackling Health Inequalities in Međimurje County through Health Promotion 2014-2020 (Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjivanje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji od 2014.-2020. godine), Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, Čakovec.

Kutnjak Kiš, R & Najman Hižman, E, 2010, Međimurska županija-Zdrava županija-Program »Rukovođenje i upravljanje za zdravlje u lokalnoj zajednici«. Hrvatski časopis za javno zdravstvo, vol.4, no 23, str. 50-58.

M.R./ebanka, 2014, Održan okrugli stol Načela etičnog bankarstva: Isključivo profitni model ekonomije I bankarstva je neodrživ, Dostupno na: <http://www.index.hr/novac/clanak/odrzan-okrugli-stol-nacela-etichnog-bankarstva-iskljucivo-profitni-model-ekonomije-i-bankarstva-je-neodrziv/741332.aspx>

Malekoci-Oletić, B, 2014, Želite postati Sjeverozapadnjak, Pogled odozdo. Međimurske novine broj 958, Dostupno na: <http://www.mnovine.hr/informacije/2/issuu.com/mnovine>

Međimurska županija, 2014, Skupštinski Odbor za zdravstvo ministru zdravlja uputio primjedbe na predloženi Masterplan reorganizacije bolnica, Dostupno na:

<http://www.medjimurska-zupanija.hr/najnovije/skupstinski-odbor-za-zdravstvo-ministru-zdravlja-uputio-primjedbe-na-predlozeni-masterplan-reorganizacije-bolnica>

Međimurske novine, br.958, 2014, Dostupno na: <http://www.mnovine.hr/informacije/2/issuu.com/mnovine>

Novak, J, 2004, Romska zajednica i međunarodne institucije: tek relativan uspjeh zaštite ljudskih prava, Migracijske i etničke teme, Vol. 20, No. 4, pp.403-432

POMAKONLINE Magazin za društveni razvitak 2012, Uručene nagrade /Act Čakovec dobitnik prve hrvatske nagrade za socijalno poduzetništvo godine, Dostupno na: <http://www.pomakonline.com/content/view/827/29/>

Socijalna zadruga Humana Nova, 2013, Socijalna zadruga Humana Nova dobitnica nagrade „Ključna razlika“ za 2012. godinu, Dostupno na: <http://www.humananova.org/hr/news/0/40/socijalna-zadruga-humana-nova-dobitnica-nagrade-kljucna-razlika-za-2012-godinu/>

Staničić, Ž, 2002, Smisao i najvažnije praktične implikacije socijalnog diskursa zdravlja i bolesti. Revija za socijalnu politiku, Vol. 9, br.2

Sveučilište u Zagrebu, 2014, Okrugli stol „Multikulturalnost u odgoju i obrazovanju – Međimurje danas“, Dostupno na: <http://www.unizg.hr/nc/vijest/article/okrugli-stol-multikulturalnost-u-odgoju-i-obrazovanju-medimurje-danas/>

Šućur, Z, Zrinščak, S, 2007, Differences that Hurt: Self-Perceived Health Inequalities in Croatia and European Union, Croat Med J, Vol.48, No.5, pp.653-666

UNDP Hrvatska, 2014, Atlas Romskih naselja Međimurske županije, Dostupno na: <http://www.hr.undp.org/content/dam/croatia/docs/Research%20and%20publications/socialinclusion/UNDP-HR-ATLAS-ROMA-MEDJIMURJE-2014.pdf>

UNDP Hrvatska, 2013, Akcijski plan za uključivanje Roma Međimurske županije od 2013.-2015. godine.

UNDP Hrvatska, 2014, Platforma za socijalno uključivanje Roma u Međimurju, Dostupno na: [http://www.hr.undp.org/content/croatia/hr/home/operations/projects/poverty\\_reduction/roma/](http://www.hr.undp.org/content/croatia/hr/home/operations/projects/poverty_reduction/roma/)

Ured državne uprave u Međimurskoj županiji 2013, Međimurska županija u brojkama 2012, Čakovec.

Vervoordeldonk, J. et al., 2013, ACTION-FOR-HEALTH: Reducing Inequalities in Health., Situation Analysis and Needs Assessment in Seven EU-Countries and Regions, Institute of Public Health Murska Sobota.

WHO Regional Office for Europe 1999, Health 21: health for all in the 21st century. Copenhagen.

WHO 2013, Health 2020: a European policy and strategy for the 21st century.

# STOGODIŠNJI DISKURS ANDRIJE ŠTAMPARA

Silvije Vuletić

Prije više od sto godina, u drugom desetljeću prošlog stoljeća, jedan je student Medicinskog fakulteta u Beču u naprednjačkim časopisima Zvono, Zora, Pokret, Svjetlost, Hrvatski Đak, Pravo naroda i Slobodna riječ objavio seriju radova o zdravstveno-prosvjetnim problemima seksualnog odgoja, radničkog zdravlja, alkoholizmu, borbi protiv sušice, priljepčivim bolestima, prostituciji, prehrani i slično. Taj je bečki student medicine bio Andrija Štampar. On već tada otkriva svoje filozofske poglede na svijet u radovima Mehanizam duševnog života, Jedinstvo materije, Generatio aequivoca i Oblik čovjeka.

Poveznica svih njegovih radova bila je socijalna misao o zdravlju i bolesti čovjeka i naroda. Njegov tekst ima polemični karakter. On vapi za reformom zdravstva u Hrvatskoj, a njegov jezik i riječi su čisti i jasni. Nema zabuna i dvosmislenosti u njegovim tekstovima. Možemo reći da je on već kao student započeo svoj stoljetni javnozdravstveni diskurs o socijalnoj medicini i kako upravljati zdravstvom i zdravljem naroda.

Od tada pa sve do danas njegovi sljedbenici slijede i promiču socijalnu misao medicine i široko polje narodnog zdravlja što danas uokvirujemo kao javno zdravstvo. Posebno je interesantna aktualnost njegovih izričaja „... liječnicima je potrebna jasna ideologija koja će ih odvojiti od 19. stoljeća i spremiti za novo vrijeme...“. Zar i mi danas, u prijelazu u novi milenij, ne govorimo nešto slično?

Štamparov diskurs nije bio revolucionaran, bio je reformatorski. Njegov diskurs proizlazi iz ranijih saznanja. On sebe i svoje ideje smatra nastavkom prošlih misli i iskustava vjekovnih tradicija na kojima je želio *nadograđivati a ne rušiti* u skladu s potrebama i tradicijom naroda. Naše današnje reforme ruše sve prošlo umjesto da traže nova značenja starih pojmova.

U publikaciji „Pet godina socijalno-medicinskog rada u Kraljevini Srba, Hrvata i Slovenaca 1920 – 1925“ piše: *Jedna mala grupa naših ljekara iskoristila je taj povoljni psihološki moment (kraj prvog svjetskog rata), i ta mala grupa s velikom je ljubavlju i požrtvovanjem, jednom novom ideologijom žilavo radila zadnjih pet godina. Ova grupa svakim danom je bila sve veća i zahvaljujući potpori i uviđavnosti predstavnika zdravstvene politike u našoj centralnoj upravi, mogla je da gotovo u svim kulturnim središtima svijeta što bolje usavrši svoje znanje i na taj se način što bolje spremi za veliku zadaću, koja joj je bila povjerena’.*

Štampar je uobličio svoju ideologiju u deset točaka, deset misli. To je njegov mojsijeovski *kredo* organizacije zdravstvene zaštite naroda. Analizirajmo misli tog *kreda* s pitanjem „drža li to i danas vodu, koja je misao opsoletna a koja i danas ima svoje značenje?“

**Prva misao:** *Važnije je obavještavanje naroda od zakona. Radi toga i počiva naša struka na tri mala zakona.*

Današnje zdravstveno zakonodavstvo bazira se na mnogo zakona koji se često mijenjaju a imaju manu nedorečenosti. Zdravstveni zakoni zbunjuju narod i zdravstvene radnike. Narod je stvarno slabo ili nikako obaviješten o zakonima koji određuju njihovo ponašanje.

Prva misao *kreda* stoji i danas.

**Druga misao:** *Najvažnije je pripremiti u jednoj sredini teren i pravilno shvaćanje o zdravstvenim pitanjima.*

Svatko će reći „pa to je najnormalnije, tako se treba ne samo djelovati nego i istraživati“. Međutim, zakonodavstvo i istraživački programi zanemaruju potrebu *informiranja populacije* (danas narod zovemo populacija). Zavladao je scijentizam u kojima je princip znanstvenosti *jedini* kriterij. Zaboravlja se da u javnozdravstvenim istraživanjima *svaki* biomedicinski znanstveni kriterij stavljen u kontekst populacijskog istraživanja poprima *socijalne, tradicionalne, ekonomske i ekološke* dimenzije. Time znanstveni kriterij više nije jedini kriterij i stavlja ga se u sasvim druge relacije. Uzimanje u obzir tih dimenzija zdravstvenog djelovanja i istraživanja znači pripremiti teren u jednoj sredini.

Druga misao *kreda* također stoji.

**Treća misao:** Pitanje narodnog zdravlja i rad na njegovom unapređenju *nije* monopol liječnika, nego se s njim trebaju baviti *svi* bez razlike. Samo zajedničkom suradnjom može se unaprijediti narodno zdravlje. Svi zakoni, deklaracije, uvodi i zaključci raznih istraživanja jasno će se i pozitivno izraziti o suradnji. Pa ipak horizontalna povezanost i koordinacija zdravstvene zaštite kao i interdisciplinarnost istraživačkih programa slabo su razvijeni u suvremenoj Hrvatskoj.

Treća misao *kreda* stoji.

**Četvrta misao:** *Liječnik treba biti uglavnom socijalni radnik; s individualnom terapijom ne može se mnogo postići; socijalna terapija je sredstvo koje može dovesti do pravoga uspjeha.*

Činjenica „da je liječnik socijalni radnik i da s individualnom terapijom neće daleko stići“ treba sagledati u kontekstu velikih incidencija zaraznih bolesti. Higijenske mjere bile su jedina učinkovita mjera sprečavanja bolesti. Higijenske su mjere direktno ovisile o socijalnim prilikama jer je siromaštvo bilo osnovni oblik življenja većine stanovništva. Efikasnost individualne terapije zamjećujemo tek nakon drugog svjetskog rata pojavom antibiotika i anti-hipertonika koji su stubokom mijenjali šanse preživljavanja od zaraznih i kroničnih bolesti. Individualnoj terapiji danas možemo zahvaliti stalni trend pada kardiovaskularnog mortaliteta. Pa ipak prevedimo riječ liječnik socijalni radnik, u socijalnu politiku, zaštitu i skrb ugroženih skupina stanovništva koje su u suvremenom zdravstvu top tema, onda ćemo se složiti i četvrta misao *kreda* stoji.

**Peta misao:** *Liječnik ne smije biti zavisan o bolesniku jer ga ekonomska zavisnost sprečava u glavnim njegovim zadacima.*

Pa to je vječna istina koja vrijedi za sve ljudske profesije i njegova ponašanja. Međutim, ta je činjenica dovela do organizacije stvaranja raznih modela socijalnog i zdravstvenog osiguranja. Pojmovi kao što su profitna i neprofitna zdravstvena organizacija susrećemo u svakoj formulaciji zdravstvene politike.

I peta misao *kreda* stoji.

**Šesta misao:** *U pitanjima narodnog zdravlja ne smije se činiti razlika među ekonomski jačim i slabim.*

I ta je misao vječna etička misao suvremenih civilizacija. To je ustavna kategorija svih zapadnih civilizacija. U demokratskim i religijskim državama jednako se vrednuje. Danas se u suvremenoj javnozdravstvenoj terminologiji to izražava kao „equity“ te pravo na dostupnost svim kategorijama stanovništva.

I šesta misao *kreda* stoji.

**Sedma misao:** *Potrebno je stvoriti zdravstvenu organizaciju u kojoj će liječnik tražiti bolesnika a ne bolesnik liječnika, jer se samo na taj način može u našoj skrbi obuhvatiti sve veći broj onih čije zdravlje treba čuvati.*

Pa to je danas osnovni problem organizacije zdravstvene zaštite stanovništva i zdravstvenog menadžmenta. Brojne skupine ugroženih, rizičnih i krhkih pojedinaca ostaju zpušteni, a zdravstvena skrb i zaštita ih mimoilazi.

I sedma misao *kreda* stoji.

**Osma misao:** *Liječnik treba biti narodni učitelj.*

Prevedimo tu misao na jezik današnje javnozdravstvene struke. Bez edukacije vlastite profesije i najrazličitijih kategorija rizičnih skupina ponašanja i življenja zdravstvo nema nikakve šanse za uspjeh u prevenciji bolesti i osnaženju zdravlja populacije. Razvijena je i nova disciplina komunikologija bez koje danas teško možemo zamisliti metodologiju unapređenja zdravlja stanovništva.

I osma misao *kreda* stoji.

**Deveta misao:** *Pitanje narodnog zdravlja od većeg je ekonomskog nego humanitarnog značenja.*

Danas govorimo o relaciji ekonomskog i humanitarnog, ovisno o političkom uređenju i svjetonazoru koji vlada u zajednici.

I deveta misao *kreda* stoji.

**Deseta misao:** *Glavno mjesto liječnikovog djelovanja su ljudska naselja, mjesta gdje ljudi žive, a ne laboratoriji i ordinacije.*

Javnozdravstvena istraživanja pod utjecajem scijentizma često postaju više kabinetska nego terenska. Teren se shvaća samo kao medij u kojem radimo istraživanje. Sama disciplina epidemiologija praktički (ne teorijski) pokazuje dva trenda, jedan scijentistički i drugi javnozdravstveni naturalistički. To se naročito tiče epidemioloških istraživanja kronično-degenerativnih bolesti.

Nužno dodajem jedanaestu Štamparovu misao: *Narod treba proučavati, narod treba podučavati.* U prvi mah ta rečenica zvuči starinski. No ta rečenica ukazuje na osnovni koncept i bit svakog javnozdravstvenog djelovanja. Danas je bit javnozdravstvenog djelovanja da prije svake intervencije treba dani problem istražiti s jakom znanstvenom obzirnosti i opreznosti.

S tom ideologijom i tim *kredom* ta mala grupa preventivaca prve generacije Štamparovih sljedbenika, u pet je godine osnovala u tadašnjoj državi 250 socijalno-medicinskih ustanova. Povijesno, to je bio izvanredni primjer hrvatske javnozdravstvene diskurzivne prakse. Ta je grupa bila primjer

socijalnog kapitala jer je bila grupa *homogenih* pojedinaca *istih* nazora s jakim vezama unutar sebe (engl. *bonding*), ali i s efikasnim vezanjem i širenjem na druge grupacije preventivaca (engl. *bridging*).

Kako je danas nakon 100 godina prvih vizija studenta Štampara? Kakav javni diskurs očekujemo? Hrvatsko javno zdravstvo odigrava se unutar suprotnosti triju ideologija. Jednu nazivamo *ново javno zdravstvo* što je u biti Štamparova socijalna integralna medicina, drugu nazivamo *neoliberalna kapitalistička koncepcija* zdravstvene zaštite i treća (na pomolu) je *tehnološko-scijentološki koncept* zdravstvene zaštite. Sve tri ideologije kohabitiraju u hrvatskom sustavu zdravstvene zaštite. Nalazimo ih raštrkane u zakonima, uredbama i politici. Često je ta kohabitacija izvor kaotičnosti zdravstvene zaštite u nas. U takvim situacijama javni diskurs više poprima diskurs političke moći negoli dijaloški argumentirane javnozdravstvene diskurzivne prakse.

Javni diskurs je tekovina zapadnih civilizacija i slobodnih zajednica. Autoritarne zajednice naše prošlosti forsirale su jednoznačne pa i



jednournne javne diskurse. Hrvatski profesionalizam javnozdravstvene profesije treba diskurzivne analize uključiti u svoja redovna istraživanja i razvoja svoje politike. Pred našim javnim zdravstvom stoji promicanje socijalne pravde, radnička prava, jednake plaće za jednaki rad i ravnopravnost spolova kao i socijalnu koheziju i održivost okoliša. Očekujemo burne javnozdravstvene diskurzivne prakse. Niti jedna intervencija ne može biti efikasna, a da se prethodno ne shvati i razumije javni diskurs koji se trenutno odigrava na hrvatskoj javnozdravstvenoj sceni.

**Slika 1.** Križanićeva karikatura Štampara

## Referencije

Grmek, D, 1966, U borbi za narodno zdravlje. Izabrani članci Andrije Štampara, Izdanje Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“, Medicinski fakultet, Zagreb. Izdavački zavod Jugoslavenske akademije, Tiskara, Zagreb.



# **TKO JE KRIV ŠTO MLADI (SVE VIŠE) PIJU?**

**Diana Uvodić Đurić**

## **Pijenje – novi stari problem**

Pijenje alkohola je društveno prihvatljivo ponašanje u našoj sredini. Kultura kojoj pripadamo i u kojoj živimo podrazumijeva korištenje alkohola u prilikama kad se veselimo, kad tugujemo, kad se opuštamo i ugošćujemo prijatelje, kad se želimo smiriti ili oraspoložiti, itd. Alkohol je najstarije poznato sredstvo ovisnosti i veoma često prvo psihoaktivno sredstvo s kojim dolaze u kontakt naša djeca i mladi. Prvo alkoholno piće i kušanje alkohola najčešće se događa u krugu obitelji. Djeci alkohol nude roditelji ili neke druge odrasle osobe iz rodbinskih krugova. Pri tome se zaboravlja da takav pristup djeci šalje krivu poruku da je pijenje alkohola uobičajeno, čak očekivano ponašanje u raznim prilikama.

Pojava prekomjernog pijenja alkohola među školskom djecom i mladima, kao i s tim povezana druga rizična ponašanja, unatrag većeg broja godina u žiži su interesa hrvatske i međimurske javnosti. Na tu je temu napisano dosta članaka, reportaža, pripremljeno dosta priloga na radiju i televiziji.

Prateći rezultate istraživanja ove pojave među mladima kroz European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs (ESPAD) (Kuzman, Pejnović i sur.) koji se od 1995. svake četiri godine provodi u europskim zemljama na uzorku učenika prvog ili drugog razreda srednje škole, uočava se kontinuirani porast pijenja alkohola među hrvatskim ispitanicima. Najveći porast zabilježen je 2003. u odnosu na 1999. godinu, a posljednje istraživanje provedeno 2011.g. pokazuje i dalje lagani porast ove pojave i zadržava Hrvatsku iznad europskog prosjeka. Rezultati ovog istraživanja, kao i nekih drugih, relativno su često iznošeni u javnosti.

U Međimurskoj županiji 2007. godine je provedeno istraživanje o pijenju alkohola među školskom djecom i mladima. Rezultati istraživanja publicirani su u dvjema brošurama („Mladi i alkohol“ i „Mladi i sredstva ovisnosti“) koje su distribuirane svim osnovnim i srednjim školama te u više navrata prezentirane javnosti kroz javne tribine, predavanja ili gostovanja u TV ili radio emisijama. Rezultati istraživanja poslužili su kao osnova za planiranje preventivnih programa i intervencija koje su se narednih godina provodile. Kroz program „Pokrenimo zajednicu u prevenciji ovisničkih ponašanja djece i mladih“ uspostavljena je suradnja sa svih 25 jedinica lokalne samouprave u gradovima i općinama te su se

organizirali okrugli stolovi na kojima se poticalo sudjelovanje u raspravi svih relevantnih sudionika u odgoju djece i mladih (roditelji, odgajatelji, učitelji, treneri u sportskim i drugim klubovima i udrugama koje okupljaju mlade, predstavnici vlasti, medija, itd.). Zapažanja i komentari s tih susreta bilježeni su i analizirani te su iz njih izvedeni zaključci koji su opet poslužili kao predložak za buduće aktivnosti. Najčešće spominjani uzroci pretjerivanja s alkoholom bili su: nedostatna roditeljska briga i nadzor, večernji izlasci bez ograničenja i time kršenje odredbi Obiteljskog zakona, laka dostupnost alkoholnih pića zbog nepoštovanja zakonskih ograničenja točenja i prodaje alkohola maloljetnicima, reklamiranje alkohola pogotovo uz sportske događaje, utjecaj grupe vršnjaka, podržavajuća „klima“ u društvu za pijenje alkohola, itd.

Nakon toga provodili su se i drugi preventivni programi usmjereni radu s roditeljima, vršnjačkoj edukaciji, edukaciji šire zajednice, itd. Usporedo s tim provodio se je i tretman mladih kod kojih je uočena i zabilježena zlouporaba alkohola, uključujući i druga rizična ponašanja.

Problematično pijenje mladih u Međimurskoj županiji do 2011. g. tretiralo se u nekoliko, međusobno više ili manje povezanih ustanova i institucija:

HMP, liječnici obiteljske medicine

- Dječji odjel Županijske bolnice Čakovec u suradnji s Odjelom za psihijatriju
- CZSS, PUM, Pravosudna tijela
- Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije:
  - Djelatnost školske medicine
  - Djelatnost za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti (bivši Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti)
- stručne službe osnovnih i srednjih škola

Tretman problema uzrokovanih alkoholom i već razvijene alkoholne ovisnosti i alkoholizma odraslih provodili su:

- Psihijatrijski odjel Županijske bolnice Čakovec
- Obiteljski liječnici, Patronažne sestre Doma zdravlja, HMP
- Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije:
  - Djelatnost za zaštitu mentalnog zdravlja i prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti (bivši Centar za prevenciju i izvanbolničko liječenje ovisnosti)
- CZSS, PUM, Pravosudna tijela

- Nevladine udruge- klubovi liječenih alkoholičara: (6 KLA: Čakovec, Mursko Središće, Prelog, Donja Dubrava, Kotoriba, Sveta Marija)

Uočena je potreba povezivanja svih navedenih ustanova i institucija, između ostalog i zbog jednostavnijeg i preciznijeg praćenja i evidentiranja problema uzrokovanih alkoholom, uz mogućnost koordiniranja pojedinačnih intervencija.

Potaknut svim ovim zapažanjima Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije pokrenuo je u prosincu 2011.g. rad *Savjetovališta za probleme uzrokovane alkoholom i alkoholizam*. Rad savjetovališta najavljen je okruglim stolom za stručnjake koji se bave ovim područjem, a održanim u okviru obilježavanja *Mjeseca borbe protiv alkoholizma i drugih ovisnosti*.

Radi što lakše dostupnosti (dolazak u savjetovalište i kontaktiranje stručnjaka) otvorena je i posebna telefonska linija i oglašen poseban telefonski broj: 099/222-1-888.

Uz mogućnost direktnog osobnog kontakta, radi usmjerenosti k radu s mlađim dobnim skupinama, korisnicima su na raspolaganju i načini komunikacije primjereniji mladima:

- online kontakt preko web stranice ZZJZ,
- Facebook profil.

Rad savjetovališta oglašava se i preko tiskanih letaka, plakata te radio emisija. Jednom tjedno stručnjaci koji rade u savjetovalištu pišu kolumnu u lokalnim novinama u kojoj obrađuju razne teme vezane uz problem alkoholizma. Do sada je objavljeno oko 120 dobro prihvaćenih i čitanih članaka.

Puno je već puta bilo govora o tome kako za uspješno rješavanje problematičnog pijenja mladih moraju biti ujedinjene sve snage društva. Tome je razlog i to što u kreiranju društvene klime, koja pogoduje ovoj pojavi i koja formira stav društva o tome, sudjeluju zapravo svi članovi socijalne zajednice. Više ili manje, posredno ili neposredno, svojim ponašanjem i utjecajem, svi smo akteri i ponašanja mladih, a i kasnije interpretacije njegovih posljedica.

Suvremeno društvo i njegove tehnologije donose promjene u brzini i načinima prijenosa i interpretacije informacija pa i sami sudionici i dionici postaju akteri diskursivne prakse time što se otvorila mogućnost sudjelovanja u raspravama na društvenim mrežama, forumima, itd.

U kreiranju javnog mišljenja ne sudjeluju više samo stručnjaci, nego i osobe raznih struktura, profila i nivoa obrazovanja, a njihovo iskustvo i stav prema pijenju veoma su često privlačni mladim osobama i koriste se kao podloga za formiranje njihovog osobnog stila.

Prateći objave na lokalnom portalu (E- medijmurje) unatrag nešto više od jedne godine, uočava se da je tema pijenja alkohola bila prilično zastupljena, čak u 820 napisa. Neki izdvojeni naslovi:

1. Savjet mladih Čakovca osuđuje opijanje mladih na javnim mjestima
2. Brzina, alkohol i nevezanje najčešći prekršaji vozača u prometu
3. Tri međimurske škole i policija u projektu "Zdrav za 5"
4. Maturanti jeste li spremni za svoje dane? Bliži se "Coolijada 2014."
5. Za vikend 5, kroz tjedan čak 16 nesreća na međimurskim cestama
6. Pravo na naknadu štete možete izgubiti iako niste krivi
7. Pijana vozačica s 2,36 promila skrivila nesreću u Otoku - troje ozlijeđenih
8. Neslavna titula: Djedica (67) iz Vukanovca rekorder sa 1,75 promila
9. FOTO: U Brezju s 2,11 promila autom uletio u dvorište obiteljske kuće
10. Sa 2,38 promila izazvao nesreću: Troje zbog ozljeda završilo u bolnici
11. Hodošan: Automobilom naletio na pijanu staricu i teško je ozlijedio
12. U 3 nesreće 5 ozlijeđenih: Uzroci neprilagođena brzina, snijeg i alkohol
13. Policija uhvatila 14 vozača koji su vozili pod utjecajem alkohola
14. U tri nesreće sudjelovali pod utjecajem alkohola - rekord 2,17 promila
15. Mladi vozač iz Gornjeg Koncovčaka ulovljen s 1,62 promila
16. Alkohol je uzrok trećine prometnih nesreća sa smrtnim ishodom
17. Blagdansko druženje članova i prijatelja KLA Nada iz Kotoribe
18. Donjomeđimurski liječeni alkoholičari održali zajedničko druženje
19. Šarenim balonima protiv ovisnosti
20. SŠP obilježila Mjesec borbe protiv ovisnosti
21. Alkohol peti uzrok smrti u Međimurskoj županiji
22. Stranci kupuju vino u buteljama, a domaći rinfuzu
23. Carlsberg Croatia na Špancirfestu predstavila Pan Tamni

24. Graševina i kraj polugodišta

25. VELIKA martinjska reportaža kod vinara: Regija smo s velikim potencijalom!

Analizirajući i istupe u drugim medijima na tu temu te napise u tiskanim medijima dobije se dojam da su najčešće negativno i osuđujuće kolorirani, potaknuti najčešće nekim nemilim događajima kao što su incidentne situacije trovanja maloljetnika alkoholom, tučnjave, itd. Vole li ljudi senzacije pa takve vijesti prodaju novine i osiguravaju veću gledanost i posjećenost, ako se radi o portalima, ili se doista radi o tome da nadležne institucije ne odrađuju svoj posao, a mediji preuzimaju ulogu boraca za zdravlje naše djece i mladih? Da li doista imaju efekta, pomažu li sarkastično tonirani naslovi kao „Svi puno rade, a sve je više alkohola i droge među mladima“ (objavljeno u županijskim novinama »Međimurje« broj 3.060 od 17.12.2013. u rubrici Glas javnosti kao anonimno pismo „Zabrinute majke“)?

**Svi puno rade, a sve je više alkohola i droge među mladima**

*Poštovani župane i dožupanice, kao građanka Županije međimurske, majka djeteta osnovne škole duboko sam zabrinuta za situaciju koja se dešava i sve je više prisutna u Međimurju.*

*Alkoholiziranje mladih kako u osnovnoj tako i u srednjoj školi svakim je danom sve više a sada smo dodatno uznemireni naslovom u »Međimurju« da se droga dila i puši već u 5., 6. i 7. razredu. S druge strane istupi i informacije mjerodavnih službi koje se bave tim problemima vrlo su optimistične, čak nam se plasiraju vijesti Zavoda za javno zdravstvo da je opadanje konzumenata droge a novine donose sasma drugu poražavajuću statistiku.*

*Takve informacije vrlo zbunjujuće djeluju na mene kao čitatelja i majku djeteta, tj. ne znam kome vjerovati. Više sam sklona vjerovati novinama poznavajući rad Zavoda za javno zdravstvo i njegovih službi koje plasiraju vijesti o svom radu i statistiku koja izgleda sjajno a gle čuda, droge je sve više.*

*S druge strane Zavod za javno zdravstvo u svome opisu poslova ima Savjetovalište za pomoć mladim konzumentima droge, alkohola, odlazak u škole ali baš ne vidim neke koristi pa bi bilo zgodno, budući da Županija financira Zavod, da se objelodani neko izvješće građanima da znaju što plaćaju.*

*Jedna od institucija čija je uloga pomoć obitelji i mladima je Obiteljski centar u Čakovcu. Ne znam da li je to točno da njihova ravnateljica prima plaću više od jedne godine a ne zna se što radi?*

*Kao majci i građanki stalo mi je da mi dijete odrasta u zdravom okruženju, ali je društvo također odgovorno za stvaranje zdrave klime i pružanje pomoći djeci i roditeljima čija je upravo zadaća navedenih institucija. U našoj lijepoj Županiji samo se puno priča, svi sve rade, a sve je više droge, alkohola, a sad i prostitucije, mislim da se trebate zabrinuti za mlade i kako vam rade neke službe u Županiji.*

*Zabrinuta majka*

Koja je uloga objavljenih „demantija“ (npr. „Ipak se radilo u Obiteljskom centru“, isti časopis, ista rubrika 31.12.2013. i da li ih itko čita i povezuje s prethodnim senzacionalistički obojenim tekstovima?)

### **Ipak se radilo u Obiteljskom centru**

*U županijskim novinama »MEĐIMURJE« broj 3.060 od 17. prosinca u rubrici Glas javnosti objavili ste pismo “Zabrinute majke” pod naslovom “Svi puno rade, a sve je više alkohola i droge među mladima”, kojim poričemo odnosno nadopunjujemo sporne navode o činjenicama i podacima. U dijelu teksta nepotpuno i netočno se navodi “...Jedna od institucija čija je uloga pomoć obitelji i mladima je Obiteljski centar u Čakovcu. Ne znam da li je to točno da njihova ravnateljica prima plaću više od jedne godine, a ne zna se što radi?...”. Obiteljski centar Međimurske županije je ustanova socijalne skrbi za pružanje usluga savjetovanja i podrške obitelji, a započeo je s radom 1. kolovoza 2012. godine. Međutim, prve stručne djelatnice zaposlene su u lipnju 2013. godine, s obzirom da je Ministarstvo socijalne politike i mladih tek tada dalo suglasnost za zapošljavanje.*

*Od samog početka rada Obiteljskog centra Međimurske županije, ravnateljica je provodila savjetovanje korisnika te edukativne aktivnosti za stručnjake i širu javnost. U lipnju 2013. godine se djelatnost Obiteljskog centra Međimurske županije širi na preventivne aktivnosti za djecu i roditelje. Tijekom 2013. godine provedena je ukupno 31 aktivnost za djecu i roditelje kojima je obuhvaćeno 405 roditelja djece vrtićke i osnovnoškolske dobi, 250 učenika osnovnih škola u Međimurskoj županiji te 94 stručnjaka i zainteresiranih građana. Navedene aktivnosti bile su ponuđene široj javnosti te su provedene u ustanovama koje su iskazale interes i želju za suradnjom. Konkretno, u Mjesecu borbe protiv ovisnosti (15.11. - 15.12.) provedeno je pet preventivnih aktivnosti za roditelje i učenike, međutim i sve aktivnosti Obiteljskog centra Međimurske županije usmjerene su na jačanje pojedinaca i obitelji s ciljem prevencije ovisnosti, nepoželjnog društvenog ponašanja i trenda porasta i razvoda braka.*

*Uz provedene preventivne aktivnosti Obiteljski centar Međimurske županije pruža usluge informativnih razgovora, savjetovanja i pravnih savjeta te je do sada pruženo ukupno 213 usluga. Podaci o planu i programu te aktivnostima Obiteljskog centra Međimurske županije dostupni su javnosti na mrežnim stranicama Međimurske županije te je prema odredbama Zakona o pravu na pristup informacijama svakoj domaćoj ili stranoj fizičkoj ili pravnoj osobi dostupan, u skladu s uvjetima i ograničenjima tog Zakona, svaki podatak koji posjeduje tijelo javne vlasti. Svi zainteresirani građani mogu se obratiti Obiteljskom centru Međimurske županije ako im je potrebna stručna pomoć i podrška u svim pitanjima koji se tiču obitelji, partnerstva, odgoja djece, životnih i osobnih promjena.*

*Lidija Vinković, dipl.soc. radnica,  
ravnateljica Obiteljskog centra Međimurske županije*

Kad se promatra tekstove koji žele naglasiti proširenost ove pojave u njima najčešće susrećemo i izdvajamo riječi: „sve više“, „sve raširenije“, „opasno“, „pretjerano“, „institucije ne rade“, „društvo zakazuje“, „nemoć“, „puno promila“, „teško pijanstvo“, „trovanje alkoholom“, itd.

Doista je prekomjerno pijenje alkohola u djece i mladih „tvrd orah“ i stručnjacima i cijelom društvu. Malo je pojava koje su toliko rezistentne na preventivna djelovanja i teške za interveniranje kao što je ova. U društvu koje tolerira pijenje alkohola i promiče alkoholnu kulturu, veoma je zahtjevno kreirati programe prevencije koji će biti učinkoviti. Još uvijek je prisutan i naglašen stav roditelja i drugih odraslih da alkohol ipak nije isto što i druga psihoaktivna sredstva pa su nerijetke reakcije roditelja kad se desi incident s pijanstvom njihovog teenagera: „Pa to je samo alkohol, i mi smo pili, hvala Bogu da nije droga“. Prihvaćanje apstinencije kao životnog stila teenagera jedino je opravdano, medicinski gledano, ali je i teško za očekivati da može biti prihvaćeno u dobi koja je karakterizirana znatiželjom, željom za dokazivanjem i pokazivanjem odraslosti, prihvaćanjem izazova i ignoriranjem opasnosti, pogotovo opasnosti po zdravlje. I sve to u društvu u kojem se ni medicinski stručnjaci ne mogu dogovoriti o stvarnoj štetnosti ili preporučljivosti pijenja alkoholnih pića i u kojem nema ni govora o razvijanju kulture umjerenog pijenja.

Međimurska županija primjer je male županije u kojoj postoji dobra povezanost ustanova i udruga koje se bave ovom problematikom. Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije pokazuje posebnu senzibiliziranost za sva rizična ponašanja mladih, uključujući i prekomjerno pijenje alkohola kao vodeći i najrašireniji problem te razvija programe i modele njegovog rješavanja kroz rad *Savjetovališta za probleme uzrokovane alkoholom i alkoholizam* te brojne druge preventivne projekte i programe usmjerene k

usvajanju zdravih stilova života i prevenciji ovisničkih ponašanja. U većini programa mladi su aktivni sudionici koji dijelom sudjeluju i u njihovom kreiranju kako bi ti programi bili što pristupačniji, prihvatljiviji i korisniji.

Unatoč tome, još uvijek je pojava prekomjernog pijenja mladih veoma prisutna i u našoj sredini te je istraživanje o tome, ponovljeno 2013. godine, pokazalo da brojke koje govore o zlouporabi alkohola nisu u padu te je potvrdilo, već poznate činjenice, da običaji zlouporabe alkohola među mladima ne zaobilaze ni male, uređene županije kao što je Međimurska.

### **Referencije**

Uvodić-Đurić, D, 2007, Mladi i alkohol, ACT – Čakovec, Dostupno na: <http://actnow.hr/wp-content/uploads/2009/08/alkohol.pdf>

Uvodić-Đurić, D, Kutnjak Kiš, R, Slugan, N, Zvornik Legen, Z, Zadravec Baranašić, A, Lilić, T, 2011, Mladi i sredstva ovisnosti – rezultati istraživanja o stavovima, navikama i korištenju sredstava ovisnosti kod djece i mladih Međimurske županije, HČJZ, vol. 28, 7. Dostupno na: <http://www.izlog.info/tmp/hczjz/clanak.php?id=14286>



# MOJ DISKURS SA ŽUPANIJSKOM POLITIKOM

**Sonja Grozić Živolić**

Ključni čimbenici uspjeha u provođenju promjena povezani su sa samim provoditeljem ali i s obilježjima okruženja u kojemu se promjena provodi.

Premda to možda nije uvijek bilo sasvim očigledno - kontinuirana politička podrška „Planu za zdravlje građana Istarske županije“ i timu koji ga je razvijao i implementirao bila je „ono nešto“ što Istarsku županiju razlikuje od drugih jedinica regionalne (područne) samouprave koje nisu bile tako uspješne u razvoju i implementaciji vlastite javnozdravstvene politike. Rezultati desetogodišnjeg rada na unapređenju zdravlja u Istarskoj županiji, u značajnoj su mjeri posljedica odnosa između struke i politike na županijskoj razini. Pri tom pod „strukom“ podrazumijevamo: Županijski tim za zdravlje (imenovan odlukom Županijskog poglavarstva ali sastavljen od predstavnika uprave, stručnjaka za pojedina prioritetna područja i predstavnika korisničkih skupina) i zdravstvene djelatnike koji su kao eksperti osobno ili kao predstavnici zdravstvenog sustava sudjelovali u radu na Planu; dok „politikom“, u ovom slučaju, smatramo nositelje vlasti na županijskoj razini tj. župana i njegove zamjenike, predsjednika i vijećnike županijske skupštine (kao i članove nekadašnjeg Županijskog poglavarstva).

Potreba za intenzivnijom suradnjom proizašla je iz šireg društveno-političkog konteksta obilježenog, između ostalog, i procesima decentralizacije sustava zdravstva i socijalne skrbi, demografskim promjenama i „probuđenom“ građanskom inicijativom. Decentralizacija je pred županijsku upravu (bez ikakve prethodne pripreme!) postavila niz novih zadataka i odgovornosti. Usvojeni su zakoni po kojima *„jedinica područne (regionalne) samouprave osigurava uvjete ... osigurava sredstva ... organizira ... koordinira ... provodi ...“* niz obveza i zadaća na području zdravstvene zaštite. Demografski trendovi (starenje stanovništva, transformacija funkcije obitelji) i širi socijalni trendovi (nezaposlenost, pad osobnih i javnih prihoda ...) rezultirali su povećanjem broja i kompleksnosti potreba koje su značajno nadilazile opseg postojećih zdravstvenih usluga. I na kraju, ali ne manje važno – „probuđena“ građanska inicijativa, mogućnost da svoje zahtjeve, prijedloge i primjedbe građani adresiraju na „najbliža“ vrata, nekome koga možda poznaju i po imenu (ili za koga glasuju) a ne na visoko (udaljeno, nepoznato i apstraktno-birokratsko) državno tijelo dovela je do povećanog broja zahtjeva i većih očekivanja, ali i direktnih prozivki, ponekad i putem

medija. Bilo je tada, dakle, potrebno relativno brzo pronaći (naj)povoljnije opcije zadovoljavanja potreba u okviru raspoloživih (lokalnih) resursa.

Zahvaljujući mudro promišljenom i za tadašnje vrijeme prilično avangardnom projektu („Upravljanje i rukovođenje za zdravlje“) koji nam je ponuđen od Škole narodnog zdravlja „Andrija Štampar“ i Suportivnog centra Hrvatske mreže zdravih gradova (uz potporu Ministarstva zdravstva i Ministarstva socijalne skrbi), počeli smo učiti kako planirati za zdravlje, kako unaprijediti razinu izvršavanja javnozdravstvenih funkcija u županiji, kako povećati zadovoljstvo korisnika i razinu zdravlja populacije, te je „Plan za zdravlje“ zapravo rezultat projekta. No ono što nam se u projektu čini avangardnim jest upravo *povezivanje struke i politike* uz naglašenu *participaciju korisnika* – građana u *svim dijelovima procesa* planiranja i provedbe županijske javnozdravstvene politike, te *konsenzus* oko svih ključnih pitanja.

Već samo pristupanje projektu iziskivalo je političku spremnost županije za rad na javnozdravstvenim pitanjima, jer bilo je potrebno prihvatiti obveze u odnosu na projekt, formirati županijske timove (sastavljene iz političke, stručne i civilne komponente), osigurati uvjete za rad i odgovarajuća financijska sredstva. Prethodna pozitivna iskustva u radu sa Hrvatskom mrežom zdravih gradova, ali i nedvojbeno uvažavanje suradnika koji su zagovarali pristupanje projektu (pročelnica i pomoćnica pročelnice upravnog odjela za zdravstvo i socijalnu skrb) učinili su da župan i županijsko poglavarstvo donesu promptnu odluku o sudjelovanju Istarske županije.

Sama provedba projekta, kao i nastavak rada na Planu za zdravlje, relativno često i vrlo ciljano „iskušavaju“ i „propituju“ razinu političke podrške. Neki od tih momenata su:

1. odabir i konsenzus oko županijskih javnozdravstvenih prioriteta, i
2. usvajanje jednogodišnjih operativnih planova aktivnosti i odobravanje financijskih sredstava.

Vezano za odabir i konsenzus oko županijskih prioriteta, imali smo prilike zapaziti da sama ideja prioriteta u kontekstu zdravlja može biti kontroverzna, jer „kad se javno govori o zdravlju – sve je važno“, pa se ne-postavljanje pojedinih problema na listu prioriteta čini politički ili etički nekorektnim. Nadalje, uobičajeno je da zdravstvene probleme identificiraju formalni autoriteti – stručni, politički ... Mi smo, međutim, postupak započeli *iz baze* i u proces izbora prioriteta uključili građane – korisnike usluga, ravnopravno sa stručnjacima – pružateljima usluga i političarima – donositeljima odluka. Svjesni postojanja različitih interesa ali i razine informiranosti, pa i kompetencija između ovih triju skupina, oko svakog

prioriteta tražili smo – konsenzus. Tako se događalo da neki županijski prioriteti budu odabrani bez većih neusuglašenosti (rano otkrivanje raka dojke, prevencija kardiovaskularnih bolesti i socio-zdravstvena zaštita starijih osoba) dok su oko drugih mišljenja bila podijeljena (npr. čest je slučaj da javnost – građani i politika nemaju uvid u najnovije epidemiološke ili druge podatke koji opisuju neku pojavu a kojima raspolaže isključivo struka).

Političari barem jednom godišnje imaju priliku (na sjednicama nadležnih tijela tj. Županijskih odbora, Županijske skupštine, Kolegija pročelnika ...) raspravljati o realizaciji županijskih planova iz domene javnog zdravstva odnosno o aktivnostima koje Županijski tim u suradnji sa zdravstvenim sustavom predlaže za naredni period, te sukladno planovima kontrolirati utrošak i odobravati financijska sredstva. U takvim raspravama redovito sudjeluju predstavnici svih stranačkih klubova kao i pojedinačni vijećnici, no više u duhu promocije nego istinskog doprinosa ili kritičkog osvrta. Naši dokumenti redovito se usvajaju bez glasova „protiv“ i bez „suzdržanih“ glasova.

Ovo se može shvatiti kao realna podrška, pogotovo ako je i mediji takvom prikažu. No je li podrška dana jednoglasno upravo zbog medija? Je li politički mudro ne prihvatiti nešto što se zove „Plan za zdravlje“? Ili se mi bavimo nečim za što političari u suštini nisu previše ni zainteresirani, a budući da kao tim ne pravimo veće probleme ni štetu – puštaju nas da i dalje na miru radimo? Ne, ovo nije mazohistički vapaj za kritikom niti nesposobnost prihvaćanja komplimenata. Ovo je samo iskaz bojazni da pitanja kojima se bavimo političarima nisu pretjerano zanimljiva, da ih do sada nismo uspjeli uvjeriti da je zdravlje problem i posao svakoga od nas (pa i ako, ili baš zato što se bavimo poljoprivredom ili rudarstvom).

S druge strane, „nemiješanje“ politike u struku Županijskom timu daje autonomiju i otvorenu mogućnost izbora intervencija i suradnika, što sasvim sigurno doprinosi pozitivnim rezultatima rada. No, i ti rezultati dobivaju na značaju kad ih političari zapaze i počnu koristiti u razvojne (kao dio šireg procesa) ili promotivne svrhe (kao poziv ili informaciju građanima).

# REZULTATI JAVNOG DISKURSA O PALIJATIVNOJ SKRBI U MEĐIMURSKOJ ŽUPANIJI

**Elizabeta Najman Hižman**

## Što je palijativna skrb?

Prema definiciji Svjetske zdravstvene organizacije (SZO, 2008.) te Europskog društva za palijativnu skrb, palijativna skrb znači pristup kojim se bolesnicima suočenim s neizlječivom bolešću, kao i njihovim obiteljima, pruža i unaprjeđuje kvaliteta života prevencijom i olakšavanjem simptoma metodama ranog otkrivanja, procjenom i liječenjem boli te olakšavanjem ostalih fizičkih, psihičkih, psihosocijalnih i duhovnih problema.

Palijativna skrb je aktivna, potpuna, multidisciplinarna skrb o bolesniku čija bolest ne odgovara na terapiju, a njena osnovna uloga je kontrola boli i drugih fizičkih, socijalnih, psiholoških i spiritualnih problema i potreba bolesnika. Palijativna skrb afirmira život, ali ne inzistira na njegovom produženju pod svaku cijenu uvažavajući i smrt kao normalan proces pri čemu je težište djelovanja usmjereno kvaliteti života uz uvažavanje želja bolesnika i njegovih najbližih.

Palijativno liječenje nije isključivo vezano za terminalni stadij neizlječive bolesti, već se ono postupno uvodi usporedno s metodama liječenja pružajući oboljelom i njegovim najbližima podršku od vremena spoznaje o dijagnozi neizlječive bolesti do razdoblja žalovanja nakon smrti osobe. Palijativna skrb je, dakle, interdisciplinarna u svom pristupu, te svojim djelokrugom obuhvaća pacijenta, obitelj i zajednicu. Palijativna skrb nudi najosnovniji koncept zaštite – zbrinjavanje potreba oboljelog, gdje god da se za njega skrbi, kod kuće ili u bolnici (WHO, 2008.; Radbruch, Payne, White, 2009.; Radbruch, Payne, White, 2010.).

Palijativna skrb namijenjena je populaciji:

- djece i punoljetnih osoba koji pate od prirodnih bolesti ili stanja koja dovode do ovisnosti o terapijama koje ih održavaju na životu i/ili dugoročne skrbi njihovih skrbnika s ciljem pružanja skrbi za obavljanje svakidašnjih aktivnosti
- osoba bilo koje dobi koje pate od akutnih, ozbiljnih i po život opasnih bolesti (poput teških ozljeda, leukemije ili moždanog udara) kada je izlječenje, ako do njega dođe, vrlo dugotrajan i zahtjevan put ispunjen značajnim teškoćama

- osoba koje pate od progresivnih kroničnih stanja (maligniteta, kroničnih zatajenja bubrega, bolesti jetara, moždanog udara koji je uzrokovao značajno funkcionalno oštećenje, uznapredovale srčane ili plućne bolesti, krhkosti, neurodegenerativne bolesti i demencije)
- osoba koje pate od kroničnih i za život ograničavajućih povreda zbog nesreća ili drugih oblika teških ozljeda
- ozbiljno i terminalno oboljelih pacijenata (poput osoba koje pate od demencije u posljednjoj fazi terminalnog stadija karcinoma, ili teškog invaliditeta zbog zadobivene moždane kapi), koji se vjerojatno neće oporaviti niti stabilizirati te za koje je intenzivna palijativna skrb vodeći fokus i cilj skrbi za vrijeme koje im preostaje (Brkljačić, 2009.).

Bitne karakteristike palijativne skrbi su: kontrola simptoma, psihološka, duhovna i socijalna potpora, potpora obitelji, potpora u žalovanju, te etička pitanja na kraju života.

Palijativnu skrb pruža interdisciplinarni tim u suradnji s dobrovoljcima i članovima obitelji oboljeloga (REC 2003).

Načini provođenja palijativne skrbi:

- u vlastitom *domu* - pružaju je timovi palijativne skrbi u zajednici – mobilni timovi kućne skrbi - omogućuje tzv. “hospitalizaciju kod kuće”
- kroz dnevne *stacionare*, tzv. “dnevne boravke”
- *ambulantno* (npr. ambulanta za bol)
- u domovima za *starije i nemoćne osobe* ili u domovima za njegu
- u *bolničkim jedinicama* palijativne skrbi – specijalizirane jedinice s krevetima, gdje o bolesnicima skrbe bolnički timovi palijativne skrbi
- u *ustanovama za palijativnu skrb* (hospicijima) (Sorta-Bilajac, I, Brkljačić Žagrović, M. (2012)).

Organizacijski modeli palijativne skrbi, koji uključuju hospicijske programe, podrazumijevaju:

- timove konzilijarnih usluga (obično u bolnici, – privatnoj praksi, staračkim domovima i kućnom okruženju) koji se sastoje od liječnika, medicinske sestre i/ili socijalnih radnika, psihologa, duhovnika, dobrovoljaca;
- predanu bolničku jedinicu (akutna i rehabilitacijska bolnica, starački dom) ili u kombinaciji sa samostalnim hospicijem;

- kombinaciju tima za konzilijarne usluge i bolničke jedinice (bolnica i starački dom);
- kombinaciju hospicijskog programa i programa palijativne skrbi (bolnica, starački dom i određene samostalne hospicijske ustanove);
- bolničku ili privatnu ambulantnu praksu palijativne skrbi ili klinika;
- hospicijsku palijativnu skrb u vlastitom domu;
- hospicijsku konzilijarnu službu u ambulantskim ustanovama (Brkljačić, 2009).

Razine palijativne skrbi obuhvaćaju *palijativni pristup* (integriranje metoda i postupaka u okruženjima koja nisu specijalizirana za palijativnu skrb), *opću palijativnu skrb* (koju pružaju radnici u primarnoj zdravstvenoj zaštiti te specijalisti u liječenju bolesnika sa smrtonosnim bolestima kojim palijativna skrb nije glavni fokus rada, ali koji mogu proći poseban trening i edukaciju u palijativnoj skrbi) te *specijalističku palijativnu skrb* (koju bi trebale pružati specijalizirane službe timskim pristupom, kombinirajući multiprofesionalni tim s interdisciplinarnim načinom rada te se provodi uglavnom na razini sekundarne zdravstvene zaštite).

### **Problem palijativne skrbi u Međimurskoj županiji**

Ukupan broj umrlih u Međimurskoj županiji 2005. godine bio je 1288, a 2010. godine 1238. Od tog broja 2005. godine, udio umrlih kod kuće iznosio je 50% (644), a 2010. godine 39,9% (494). Udio umrlih u bolnici ili u drugoj zdravstvenoj ustanovi 2005. bio je 37,4%, a 2010. 38,4%. Od novotvorina (MKB-10, C00-D45) u našoj je županiji 2005. godine ukupno umrlo 262 osoba, a 2010. godine 313 osoba. Od tog broja, broj umrlih kod kuće iznosio je 52,7 % odnosno 42,5%. Prema navedenim podacima možemo zaključiti kako više od polovine bolesnika umire u bolnici ili nekoj drugoj zdravstvenoj ustanovi, a ostali kod kuće ili u nekom obliku smještaja. Prisustvo i umiranje ovakvih pacijenata na bilo kojoj od spomenutih lokacija najčešće nije u skladu sa suvremenim dostignućima i mogućnostima zdravstvene struke u zadovoljavanju složenih potreba u palijativnoj skrbi koja jedina preostaje u terminalnom stadiju bolesti.

### **Metodologija - odabir prioriteta**

Odabir prioriteta je tehnika odabira s različitih razina, ovisno o tome radi li se o pristupu odabira prioriteta za ostvarenje vizije i strateških ciljeva programskog dokumenta (primjer: strategije i/ili akcijskog plana/operativnog plana) ili o odabiru prioriteta za aktivnosti i mjere za ostvarenje operativnih ciljeva.

U Međimurskoj županiji metodologija za izradu akcijskih planova socijalnih usluga za 2014. godinu u sklopu projekta „Podrška sustavu socijalne skrbi u procesu daljnje deinstucionalizacije socijalnih usluga“, podrazumijevala je činjenicu da za prioritete budu odabrane ciljne skupine (stari i nemoćni, djeca i mladi, osobe sa invaliditetom ...) kao tematska područja koje pokriva politika socijalne skrbi, te, dijelom, i područje zdravstva.

To je standardna praksa koja se primjenjuje skoro svagdje u svijetu, prepoznatljiva po tome da su prioritete u okviru jedne politike ili sektora, područja koja su u nadležnosti te politike tj. sektora. Kada se ova standardna praksa primjenjuje u reformskom poduhvatu, ona se može dopuniti s dodatnim prioritetima da bi se razvile mjere i aktivnosti u funkciji reforme.

Tijekom 2013. godine, rad na akcijskim planovima nije bio usmjeren na dugoročnu viziju i veće systemske reformske procese i promjene, već na *uvođenje metodologije* s kojom bi se:

- 1) *pojačao trenutni sustav planiranja* i provođenja pružanja postojećih usluga, kroz uspostavljanje neformalnog partnerstva suradnje ključnih institucija na razini županija, u okviru županijskog Savjeta za socijalnu skrb i neformalne Radne skupine za socijalno planiranje, Savjeta za zdravlje, pod koordinacijom županijskog upravnog odjela za zdravstvo, socijalnu skrb i nacionalne manjine;
- 2) pristupilo *izgradnji temeljitije baze sveobuhvatnih podataka i informacija* za sektor socijalne skrbi i djelomično zdravstva na županijskom području (podaci i informacije o svim ciljnim skupinama, podaci i informacije o svim ostalim dionicima, podaci i informacije o resursima, itd);
- 3) pristupilo procesu razvoja novog sistema javnog upravljanja, preko uvođenja *mjerljivih pokazatelja* za sustav praćenja, vrednovanja i izvještavanja, koji bi bio u funkciji temeljitijeg ažuriranja županijskih baza podataka i i informacija o stanju, potrebama, trendovima, kao i troškovima u socijalnom sektoru na županijskoj razini;
- 4) pojačala *međužupanijska suradnja* u okviru sektora socijalne skrbi i zdravstva, preko izmjene dosadašnjih iskustava, rezultata i aktivnosti na projektu, razmjene vlastitih iskustva, znanja i pojačala informiranost lokalnog razine o nacionalnim prioritetima i smjernicama
- 5) pojačala *informiranost na nacionalnoj razini* o situaciji i potrebama, resursima i kapacitetima na lokalnoj razini i okviru županija, kao preduvjet za adekvatna buduća planiranja i razvoj sektora.

Sve ovo nabrojano nije imalo za cilj reformsku re-organizaciju ili bilo kakve nove ili nepoznate institucionalne promjene postojećeg sustava, niti je imalo

za cilj hitno i direktno uvođenje novog sustava za planiranje i upravljanje, već samo razvoj *metodologije za temeljitije prikupljanje informacija i podataka* kao resurs za buduće strateško planiranje na temelju činjenica i, preliminarno, procesa upravljanja provođenjem postojećih usluga u zajednici tijekom 2014. kroz praćenje i mjerenje rezultata provođenja (preko preliminarno, lokalno izabranih osnovnih mjerljivih pokazatelja za praćenje pruženih usluga).

Pokušaji proširenja nekih od postojećih usluga tijekom 2014. kao i koraci k pripremi deinstitucionalizacije pojedinih postojećih usluga bili su ostavljeni na razmatranje i odabir članovima Glavne radne skupine za izradu socijalnog plana. Iz tog razloga, nije bila korištena metodologija odabira prioriteta na razini aktivnosti i mjera pri izradi Akcijskih planova za 2014. godinu – sve usluge koje su postojale kao prioriteti u zajednici do 2013. ostale su jednake i u 2014. uz nastojanje da se nove usluge u skladu s mogućnostima županije.

Savjet za socijalnu skrb Međimurske županije, kao i zdravstvene i socijalne ustanove i institucije, organizacije civilnog društva, te predstavnici lokalnih samouprava (općine i gradova) s područja Županije, uključili su se u odabir prioriteta i pojedinih aktivnosti u skladu s odabranim prioritetom.

Na temelju brojčanih pokazatelja i analize situacije u županiji Radna je skupina definirala *osnovne smjernice razvoja palijativne skrbi* u Međimurskoj županiji:

- sustavno razvijanje *mreže palijativne skrbi* na području Međimurja u skladu s potrebama i mogućnostima
- *uključivanje socijalnih radnika, psihologa, duhovnika* i drugih struka kao ravnopravnih članova u timovima za pružanje palijativne skrbi,
- osiguravanje *stacionarnih kapaciteta* (kreveta) za privremeni i trajni smještaj neizlječivo bolesnih
- otvaranje *hospicija*
- omogućavanje rada *palijativne ambulante* na sekundarnoj razini (2x tjedno), moguće u sklopu ambulante za bol (rješavanje pitanja boli prije otpusta pacijenta)
- uređenje prostora za *dnevni boravak* palijativnih pacijenata
- na razini županije, organizirati *koordinaciju palijativne skrbi* u svrhu povezivanja ustanova
- otvaranje *registra palijativnih bolesnika*



- osnažavanje *besplatne posudionice* ortopedskih pomagala (postoji u Županijskoj bolnici Čakovec - potreban angažman u smislu osiguranja medijske i financijske pomoći za osiguranje pomagala)
- organiziranje *ambulante* za palijativnu skrb
- *edukacije* zdravstvenih i nezdravstvenih radnika, volontera i šire javnosti
- *promidžba* o palijativnoj skrbi i pružanju usluga palijativne skrbi putem promotivnih materijala i medija.

Kako bismo što bolje povezali sustav zdravstva i socijalne skrbi, Međimurska županija se uključila u međunarodni projekt Zavoda za javno zdravstvo Međimurske županije „ACTION-FOR-HEALTH - Reducing health inequalities: preparation for action plans and structural funds projects“. Dio navedenog projekta bila je i izrada dokumenta *Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjenje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji*. Opći cilj Strateškog plana bio je smanjiti županijske nejednakosti u zdravlju programima promicanja zdravlja namijenjenih skupinama socijalno nepovoljnog položaja.

Jedna od mjera odnosi se na osnaživanje daljnjeg razvoja palijativne skrbi u Međimurskoj županiji, čime se nastoji poboljšati kvaliteta života neizlječivo bolesnih osoba kao i članova njihovih obitelji.

*Aktivnosti* za ostvarenje postavljenog cilja su:

- 1) raditi na *osnaživanju tima* za palijativnu skrb - uključiti kao ravnopravne članove tima za palijativnu skrb osim liječnika i medicinske sestre fizioterapeuta, socijalne radnike, psihologe, duhovnike te specijaliste različitih grana specijalnosti
- 2) organizirati *edukaciju* za zdravstvene djelatnike (iz različitih sektora zdravstvene skrbi)
- 3) osnovati županijski *centar za koordinaciju* palijativne skrbi
- 4) lobirati za *osnivanje bolničkog tima* za palijativu u ŽB Čakovec i *ambulante* za palijativu
- 5) urediti *palijativne krevete* u županijskoj bolnici za potrebe terminalnog stadija pacijenata,
- 6) započeti proces *otvaranja hospicija* u Međimurskoj županiji,
- 7) omogućiti kvalitetnu ponudu u *posudionici* ortopedskih pomagala i informirati javnost o dostupnosti ortopedskih pomagala,
- 8) organizirati *ambulante za bol* u okviru palijativne skrbi,

- 9) organizirati *edukacija* nezdravstvenih kadrova i volontera,
- 10) *promidžba* o pružanju usluga palijativne skrbi putem letaka, medija, organizacijom predavanja, radionica (Kutnjak Kiš, Payerl-Pal, Uvodić Đurić, Bacinger Klobučarić, Najman Hižman, 2013.).

Kao indikatori uspješnosti navedenih aktivnosti izdvojeni su: definiran sastav osnovnog i proširenog tima za palijativnu skrb u PZZ, osnovan županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi, osnovan bolnički tim palijativne skrbi, uspostavljena dobra suradnja među različitim djelatnostima unutar zdravstvenog sustava kao i između sustava zdravstva i socijalne skrbi, unaprijeđena ponuda ortopedskih pomagala, broj održanih edukativnih seminara, radionica, savjetovanja, broj educiranih osoba, broj izrađenih i distribuiranih promotivnih i edukativnih materijala.

### **Aktivnosti u županiji**

Koristeći dostupne alate s Prve nacionalne konferencije o palijativnoj skrbi, održane u Opatiji 2013. godine, a imajući u vidu „ček-listu“ za razvoj palijative u županiji, potrebno je osnovati Županijski *projektni tim* za palijativnu skrb, Županijski *koordinacijski centar* za palijativnu skrb, dok u županiji postoji posudionica pomagala, no potrebno je opremiti je s većim brojem pomagala.

U sklopu Doma zdravlja Čakovec, od 1.3.2013. godine djeluje *Mobilni tim za palijativnu skrb*. Članovi tima su obavezno liječnici i medicinske sestre s edukacijom iz palijativnog liječenja, te socijalni radnici. Tim može uključivati još i farmakologa, psihologa, fizioterapeuta, radnog terapeuta, dijetetičara, duhovnika i volontere (WHO, 2008.; Radbruch, Payne, White, 2009.; Radbruch, Payne, White, 2010.).

Članovi Mobilnog palijativnog tima su liječnica opće medicine s edukacijom iz palijativne medicine Marina Zoričić, dr.med. i medicinska sestra Ivana Klobučarić, koje na terenu dnevno obrade 4-5 osoba. Kao volonteri priključuju im se još jedna liječnica i jedna medicinska sestra iz Odjela za intenzivnu skrb Županijske bolnice Čakovec, ali i socijalni radnici i liječnici opće medicine kao i patronažna služba Doma zdravlja Čakovec.

Pomoć i posjeta Mobilnog palijativnog tima obavlja se prije svega fokusiranjem na pacijente koji boluju od neizlječivih bolesti, te na liječnike obiteljske medicine, sekundarne zdravstvene zaštite, patronaže ili socijalne službe, a sastoji se od pronalaženja rješenja, te ponudi mogućih opcija koje bi rezultirale poboljšanjem kvalitete života neizlječivo bolesne osobe.

Podaci o iskustvu palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja Čakovec, iznijeti u sklopu tečaja „Palijativna skrb u praksi“ pokazuju kako je od ožujka 2013. do travnja 2014. godine preuzeta skrb o 163 pacijenta te da je odrađeno 670 kućnih posjeta.

U sklopu Županijske bolnice Čakovec, postoji formiran Projektni tim, *Tim za potporu palijativi*. Postoji i formirana Ambulantu za bol te Tim bolničkih mobilnih stručnjaka.

Međimurska županija 7/36 (20%) ostvarenih veza		OB Čakovec	Volonteri, Čakovec	Volonteri, Kotoriba	Posudionica pomagala	ZHMP, Čakovec	Tim mobilnih specijalista	Mobilni tim s palijativnim pristupom	DZ Čakovec
OB Čakovec									
DZ Čakovec									
Mobilni tim s palijativnim pristupom									
Tim mobilnih specijalista									
ZHMP - Čakovec									
Posudionica pomagala									
Volonteri, Kotoriba									
Volonteri, Čakovec									

**Slika 1.** Županijska mreža suradnje u palijativi i mjerenje ostvarenih veza među dionicima PS

Izvor: [https://www.dropbox.com/sh/62pyq6i4n1uwra2/w12m\\_4T3/14.00%20Loncarek\\_Dionici%20i%20uloge%20u%20palijativnoj%20skrbi%20v2.pdf](https://www.dropbox.com/sh/62pyq6i4n1uwra2/w12m_4T3/14.00%20Loncarek_Dionici%20i%20uloge%20u%20palijativnoj%20skrbi%20v2.pdf)

Županijska mreža suradnje u palijativi te ostvarene veze među dionicima palijativne skrbi obuhvaća Županijsku bolnicu Čakovec, Dom zdravlja Čakovec, Mobilni tim s palijativnim pristupom, Tim mobilnih specijalista, Zavod za hitnu medicinsku pomoć Međimurske županije, posudionicu pomagala, te volontere u Kotoribi i Čakovcu. Od svih mogućih potencijalnih veza komunikacije, uspješno su uspostavljene veze između ŽB Čakovec i Tima mobilnih specijalista te volontera u Čakovcu. Mobilni tim s palijativnim pristupom ima dobru komunikaciju s Timom mobilnih specijalista, dok posudionica pomagala dobro surađuje s volonterima u Čakovcu, te postoji jako dobra komunikacija između volontera u Kotoribi i Čakovcu. Mjerenjem ostvarenih veza, putem dostupnog Predložka za županijsku mrežu suradnje u palijativi, možemo zaključiti kako je ostvareno 1/5 veza odnosno 20%. Kad usporedimo podatke za grad Zagreb i Zagrebačku županiju (5 %) uspješno uspostavljenih veza te podatke za Primorsko-goransku županiju

(2 %) postaje nam jasna prednost relativno male sredine i stručnjaka koji surađuju na dnevnoj bazi, te značaj lakoće uspostave multidisciplinarnih i interdisciplinarnih timova stručnjaka i volontera.

Od listopada 2013. godine oformljeno je *Povjerenstvo za palijativnu skrb Županijske bolnice Čakovec* koju čine: sanacijski ravnatelj dr.Miroslav Horvat, spec. internist-pulmolog, glavna sestra bolnice Nevenka Horvat, prvostupnica sestrinstva, dva liječnika anesteziologa – dr. Mulaomerović-Musić i dr. Pernar, spec. interne medicine – dr.Kursar, spec. internist s posebnim interesom iz područja onkologije, spec. interne medicine, subspecijalist pulmolog dr.Kovačević, spec. neurolog dr.Kovačić, psiholog – prof.Bogdan, socijalni radnik – Nevenka Koroš Zadravec, dipl.soc.rad., dvije medicinske sestre s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi Štefanija Bermanec, prvostupnica sestrinstva, Spomenka Tomašić, med. sestra, gl. sestra Centralne dnevne bolnice i kemoth. Božena Kapitarić, duhovnik – velečasni Šmuc, med. sestra Valerija Korent, prvostupnica sestrinstva. Po potrebi će se u rad povjerenstva, na zamolbu članova tima, uključiti i drugi zdravstveni radnici bolnice -psihijatri, spec. fizijatar, fizioterapeut, nutricionist.

U okviru Povjerenstva formirana su dva tima za palijativnu skrb sastavljena od dvije liječnice anesteziologinje s posebnim interesom iz područja palijativne skrbi dr. Dženana Mulaomerović-Musić i dr. Selma Pernar te dvije više medicinske sestre Štefanija Bermanec i Spomenka Tomašić, s dodatnom edukacijom iz palijativne skrbi.

Na primarnoj razini zdravstvene zaštite potrebno je uspostavljanje *čvršće suradnje* s liječnicima obiteljske medicine i palijativnom timom Doma zdravlja Čakovec o najavljenom i planiranom otpustu, tzv. preuzimanju (ne otpuštanju pacijenata) na razinu primarne zdravstvene zaštite.

Aktivna je i udruga „*Pomoć neizlječivima*“ sa sjedištem u Kotoribi koju je osnovala mr.sc.palijativne skrbi Renata Marđetko a koja djeluje na području cijelog Međimurja. Udruga djeluje od početka 2010. godine te volonteri posjetima i podrškom bolesnicima i njihovim obiteljima doprinose razvoju palijativne skrbi u Međimurju. Također, udruga brojnim predavanjima, edukacijama i promotivnim materijalima nastoji podizati svijest stanovništva, ali i zdravstvenih radnika o potrebi za palijativnom skrbi.

Članovi udruge svojim istraživanjima doprinose razvoju palijativne skrbi temeljene na stvarnim potrebama i mogućnostima ljudi u Međimurju.

U tijeku je istraživanje udruge „Pomoć neizlječivima“ o znanjima i stavovima o palijativnoj medicini u Županijskoj bolnici Čakovec, Zavodu za javno zdravstvo te Domu zdravlja Čakovec. Istraživanje će se provoditi

s djelatnicima bolnice/zavoda koji se smatraju bitnim dionicima palijativne skrbi (liječnici, medicinske sestre i tehničari, psiholozi, socijalni radnici, radni terapeuti, defektolozi, logopedi, njegovatelji..).

Smatra se da spomenuti zaposlenici bolnice/zavoda nemaju dovoljno znanja iz palijativne medicine. Dosadašnje iskustvo je pokazalo da zbog povijesnih specifičnosti razvoja kurikuluma fakulteta, ali i same palijativne skrbi u RH, djelatnici ne steknu dovoljno znanja o palijativi. Korištenjem upitnika ispitat će se znanja i stavovi djelatnika bolnice/zavoda o palijativnoj skrbi kako bi pravilno usmjerili razvoj palijativne skrbi na lokalnoj razini i u samoj ustanovi.

Na tečaju *Palijativna skrb u praksi* u organizaciji Hrvatskog liječničkog zbora, Hrvatskog društva za palijativnu medicinu-Podružnice Čakovec, Hrvatske komore medicinskih sestara i Doma zdravlja Čakovec bio je predstavljen Istarski županijski centar za koordinaciju palijativne skrbi, mobilni specijalistički palijativni tim Istarske županije, kao i hospicijska skrb palijativnog pacijenta – Hospicij Rijeka, te iskustva Centra za koordinaciju palijativne skrbi Zagreb. Na tečaju se govorilo i o komunikacijskim vještinama u palijativnoj skrbi, psihološkom pristupu palijativnom bolesniku, kao i ulozi psihologa u interdisciplinarnom palijativnom timu. Kolege iz Slovenije prezentirale su Strategiju razvoja palijativne skrbi, a stručnjaci iz Međimurske županije govorili su o PEG-indikacijama i postupniku, prehrani palijativnih pacijenata, te iskustvu palijativnog mobilnog tima Doma zdravlja Čakovec, te palijativnog bolničkog tima Županijske bolnice Čakovec.

## **Neposredna budućnost palijativnih mjera**

Nakon dugo vremena stvorene su, u okviru zdravstvenog sustava, mogućnosti za uspostavu cjelovitog sustava palijativne skrbi. Značajan interes, kao i konkretan doprinos zdravstvenih ustanova, mobilnih timova, organizacija civilnog društva te regionalne (područne) samouprave, ali i pojedinaca koji godinama nesebično volonterski pružaju palijativnu skrb, i u buduće će utjecati na sve veću vidljivost potrebe sveobuhvatne palijativne skrbi u Međimurskoj županiji. Ono što je dodatno potrebno osigurati jesu administrativna i financijska podrška na razini države, ali i na lokalnoj razini. Potrebno je medijski dizati razinu svijesti stanovnika županije o važnosti palijativne skrbi. Ciljevi za daljnji razvoj palijativne skrbi u Međimurskoj županiji usmjereni su k definiranju Centra za koordinaciju u županiji, osiguravanju administrativne potpore, povezivanju svih ključnih ustanova te koordinaciji i jačanju međusobne komunikacije kako palijativnih timova, tako i samih ustanova. Jedan od ključnih elemenata za kvalitetnu palijativnu skrb je i sustavna edukacija svih osoba uključenih u palijativnu skrb.

## Referencije

Brkljačić, M, 2009, Bioetički, zakonodavni i organizacijski preduvjeti primjene suvremenih trendova u hospicijskom pokretu u zdravstvenom sustavu Republike Hrvatske, Doktorska disertacija, Medicinski fakultet Sveučilišta u Rijeci.

Davies, E, Higginson, IJ (eds), 2004, Better Palliative Care for Older People, Copenhagen-World Health Organization Regional Office for Europe.

Jaspers, B, Schindler, T, 2005, Stand der Palliativmedizin und Hospizarbeit in Deutschland und im Vergleich zu ausgewählten Staaten (Belgien, Frankreich, Großbritannien, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Schweden, Schweiz, Spanien), Berlin - Enquete-Kommission des Bundestages 'Ethik und Recht der modernen Medizin'.

Kutnjak Kiš, R, Payerl-Pal, M, Uvodić Đurić, D, Bacinger Klobučarić, B, Najman Hižman, E, 2013, Strateški plan za unapređenje zdravlja i smanjenje nejednakosti u zdravlju u Međimurskoj županiji. Dostupno na: [http://www.zzzjz-ck.hr/articlefiles/325\\_817\\_action-for-health-action-plan-croatia20prosinac-2013uz-izmjene-pdf.pdf](http://www.zzzjz-ck.hr/articlefiles/325_817_action-for-health-action-plan-croatia20prosinac-2013uz-izmjene-pdf.pdf)

Preporuka REC 2004, Povjerenstva ministara Vijeća Europe državama članicama o organizaciji palijativne skrbi, Zagreb - Hrvatsko društvo za hospicij/palijativnu skrb, HLZ

Radbruch, L, Payne, S, 2009, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1, Recommendations from the European Association for Palliative Care, European Journal of Palliative Care, Vol.16, No.6, pp.278-289.

Radbruch, L, Payne, S, 2010, White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2, Recommendations from the European Association for Palliative Care, European Journal of Palliative Care, Vol.17, No.1, pp.22-33.

Recommendation Rec, 2003, 24 of the Committee of Ministers to member states on the organisation of palliative care. Adopted by the Committee of Ministers on 12 November 2003 at the 860th meeting of the Ministers' Deputies, Dostupno na: [http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dg3/health/Source/Rec%282003%2924_en.pdf).

Sorta-Bilajac, I, Brkljačić Žagrović, M, 2012, Palijativna skrb u Hrvatskoj na pragu ulaska u Europsku uniju: medicinsko-pravni i medicinsko-etički osvrt, Medicina Fluminensis, Vol. 48, No. 2, pp 131-141.

Strateški plan razvoja palijativne skrbi u Republici Hrvatskoj za razdoblje od 2014. do 2016. godine 2013, Dostupno na: <http://www.palijativa.hr/documents/sp2014.pdf>

1. Nacionalna konferencija o palijativnoj skrbi 2013. Dostupno na: [https://www.dropbox.com/sh/62pyq6i4n1uwra2/hw12m\\_F4T3/14.00%20Loncarek\\_Dionici%20i%20uloge%20u%20palijativnoj%20skrbi%20v2.pdf](https://www.dropbox.com/sh/62pyq6i4n1uwra2/hw12m_F4T3/14.00%20Loncarek_Dionici%20i%20uloge%20u%20palijativnoj%20skrbi%20v2.pdf)

Zavod za javno zdravstvo Međimurske županije, 2011, Dostupno na: <http://www.zzzjz-ck.hr/?gid=12>

WHO Definition of Palliative Care, 2008, Dostupno na: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

## POGOVOR

Opisane diskurzivne teme koje su predstavljene u prethodnim poglavljima čine jedan cjeloviti javni diskurs hrvatskog javnog zdravstva. Teme kao što su centralizacija i decentralizacija zdravstvenog sustava, elektronički zdravstveni zapis po mjeri zdravstvene profesije, medijski permanentni javni diskurs s politikom zdravstva, problemi jednakosti i kvalitete hrvatskog sustava zdravstva dijelovi su globalnog javnozdravstvenog diskursa koji možemo nazvati javnim diskursom o unapređenju organizacije zdravstvene zaštite s minimumom kaotičnih epizoda.

Bitna karakteristika hrvatskog javnozdravstvenog diskursa je protezanje kroz sva razvojna razdoblja naše povijesti. Jedna strana diskursa je hrvatski socijalni koncept javnog zdravstva i zdravstvene zaštite, nastao još početkom prošlog stoljeća, a koji se trajno suprotstavlja raznim društvenim i političkim ideologijama postojano i u slijedu onako kako su se pojedini politički režimi u našoj zemlji uspostavljali. To je agonistički diskurs permanentnog sukobljavanja mišljenja, ponekad kao demokratski proces nadglasavanja i političke moći, no nikada kao dijaloški argumentiran suglasan diskurs.

Diskurzivna analiza je zanemarena aktivnost javnozdravstvenog menadžmenta. U javnozdravstvenim istraživanjima ne možemo procijeniti realnost događanja a da prethodno nismo razumjeli dani diskurs o tom događanju. U intervencijama također, bez analize danog javnog diskursa promašaji intervencija su neminovni. Jednostavno, ne može se znati što je to što bi intervenciju moglo sputavati a što pospješiti.

Diskurzivna analiza daje nam novo znanje kako interpretirati javnozdravstveni problem te kako i na koji način savladati prepreke koje stoje u svakoj realizaciji zakona i javnozdravstvenih programa. Svaka županijska, regionalna ili nacionalna javnozdravstvena institucija trebala bi kontinuirano registrirati javne diskurse vezano uz određene teme (npr. informatizacija, centralizacija/decentralizacija, strategije, nacionalni/regionalni programi itd.), diskurse koji su se odigrali na njihovom području i povremeno provoditi diskurzivnu analizu i prezentirati je javnosti.

Javni diskurs izvjesne zajednice je njezin literarni umjetnički izraz. To je „art“ zajednice. U njemu se vidi moral i etika zajednice. Javni diskurs odražava prostor i epohu zajednice. On je vodilja u suštinu javnog života zajednice. Konačno, on pamti i čuva sve što se u prošlosti odigralo i nagovještava što će se u budućnosti dogoditi.

Javni diskurs je javni govor.....“Homo“ odmah po rođenju svojim udahom, krikom i plačem započinje svoj javni govor....svaki čovjek, stranka, profesija razvija svoje javno govorenje.....autoritativna društva koče a liberalna oslobađaju javni govor..... javni govor je refleksija izvjesne biti i nastojanja rješavanja problema.....etika, jednakost, organizacija i zdravlje vječite su teme i izazovi suvremene javnozdravstvene scene.....odgovornost društva je da osluškuje javno govorenje, prepoznaje izazove te na njih reagira tražeći primjerena rješenja.



## SADRŽAJ

Predgovor .....	5
Teorijski okvir javnozdravstvenog diskursa .....	7
<i>Silvije Vuletić</i>	
Mediji i zdravlje – mogu li novinari i doktori zajedno?.....	22
<i>Tea Vukušić Rukavina, Ognjen Brborović, Mario Harapin</i>	
Udaljavamo li se od objedinjene primarne zdravstvene zaštite? .....	29
<i>Biserka Bergman Marković</i>	
Elektronički zdravstveni zapis ili zdravstveni karton na nekonvencionalnom mediju? .....	36
<i>Josipa Kern</i>	
Razvoj farmakovigilancije – od paradigme nuspojave do nove fronte javnozdravstvenog djelovanja .....	52
<i>Adriana Andrić</i>	
Centralizacija– decentralizacija zdravstvenog sustava.....	67
<i>Aleksandar Džakula</i>	
Nejednakosti u zdravlju - javni diskurs u Međimurskoj županiji.....	77
<i>Renata Kutnjak Kiš</i>	
Stogodišnji diskurs Andrije Štampara .....	91
<i>Silvije Vuletić</i>	
Tko je kriv što mladi (sve više) piju? .....	96
<i>Diana Uvodić Đurić</i>	
Moj diskurs sa županijskom politikom .....	104
<i>Sonja Grozić Živolić</i>	
Rezultati javnog diskursa o palijativnoj skrbi u Međimurskoj županiji .....	107
<i>Elizabeta Najman Hižman</i>	
Pogovor .....	118

Javni diskurs je javni govor...

"Homo" odmah po rođenju svojim udahom,  
krikom i plačem započinje svoj javni govor...  
svaki čovjek, stranka, profesija razvija svoje  
javno govorenje ... autoritativna društva koče a  
liberalna oslobađaju javni govor... javni govor je  
refleksija izvjesne biti i nastojanja rješavanja  
problema... etika, jednakost, organizacija i  
zdravlje vječite su teme i izazovi suvremene  
javnozdravstvene scene... odgovornost društva je  
da osluškuje javno govorenje, prepoznaje izazove  
te na njih reagira tražeći primjerena rješenja.

