

BILTEN

LJEKARSKE KOMORE CRNE GORE



DOM VAŠEG ZDRAVLJA

www.dzpg.me



Sadržaj

- Impressum	4
- Riječ urednika	5
- Aktivnosti Ljekarske komore Crne Gore	
• Kodeks medicinske etike i deontologije	8
• Pravilnik o nagradama i drugim priznanjima Ljekarske komore	19
- Zdravstvena ustanova	
• Klinički centar Crne Gore	22
- Vijesti iz medicine	
• Vitreoretinalna hirurgija	26
• Neurorazvojna terapija - Bobath koncept.....	28
• Ortokin terapija i u Crnoj Gori.....	30
- Kliničke smjernice za dijagnozu i liječenje depresije u Crnoj Gori	32
- Međunarodni dan djece oboljele od malignih bolesti	62
- Pregled stručnih skupova akreditovanih od strane Ljekarske komore za period od jula 2018 g. do februara 2019 g.	64

IMPRESSUM

„BILTEN“, Ljekarske komore Crne Gore

Adresa:

Dragana Radulovića 17A,
81000, Podgorica

Glavna i odgovorna urednica

Prof.dr Aneta Bošković

Uređivački odbor

Prof. dr Aneta Bošković, predsjednica

Doc. dr Vesna Bokan

Prof. dr Dragoljub Perović

Doc. dr Nebojša Kavarić

Dr sc. med. Zoran Terzić

Dr Marina Delić

Sekretar uredništva

Dr Đorđije Krnjević

e-mail: djordjije.krnjivic@kccg.me

Obavještenje:

“Bilten” Ljekarske komore Crne Gore

je serijska publikacija za doktore medicine
i stručnu javnost.

Članovi Komore Bilten dobijaju besplatno.

Rukopisi se šalju na e-mail adresu:

info@ljekarskakomora.me ili

e-mail adresu Uredništva.

Rukopis ne podliježe recenziji i Uređivački odbor se ne
mora slagati sa mišljenjem autora.

Rukopis se može štampati samo uz oznaku izvora.

Ljekarska komora Crne Gore na internet stranici

www: ljekarskakomora.me i info@ljekarskakomora.me

Štampa: Studio Mouse Podgorica

Tiraž: 1000

„BILTEN“ Journal of Montenegrin Medical Chamber

Adress: Dragana Radulovica 17A Podgorica

Editor: Montenegrin Medical Chamber

Published in 1000 copies.

Tel: +382 20 266 587

Žiro račun: 510-7963-13

ISSN 2661 -2569 Bilten Ljekarske komore (Online)



RIJEČ UREDNIKA



Poštovane kolegice i kolege,

U ovom broju Biltena predsjednik Ljekarske komore, dr Aleksandar Mugoša nas obavještava o aktivnostima Komore. Krajem februara 2019. godine održana je Skupština Komore, na kojoj je donesen Kodeks medicinske etike i deontologije Ljekarske komore Crne Gore. Zbog značaja koji ovaj dokument ima u našem svakodnevnom radu objavljujemo ga u cjelini. Na Skupštini je usvojen i Pravilnik o nagradama i drugim priznanjima, koji takođe donosimo u cjelini. Uskoro se očekuje raspisivanje Konkursa za nagrade Ljekarske komore Crne Gore i to: za doktora medicine za posebne zasluge iz oblasti medicine, za zdravstvenu ustanovu, za najboljeg studenta medicine Medicinskog fakulteta u Podgorici i

za najboljeg studenta, državljanina Crne Gore, koji je na studijama medicine van Crne Gore.

Od zdravstvenih ustanova u Crnoj Gori u ovom broju predstavljamo vam Klinički centar Crne Gore. O organizaciji rada, kao i budućem razvoju KCCG svoje viđenje iznosi direktor ustanove, dr Jevto Eraković.

Iz medicine donosimo informacije o vitreoretinalnoj hirurgiji, sofisticiranim metodama liječenja zadnjeg segmenta oka, koje se unazad godinu dana izvode u Kliničkom centru Crne Gore, o čemu nas obavještava dr sci. med Biljana Miloško-Šćepović. Ortokin (orthokine) terapiju, kao novu disciplinu u ortopediji, koja se od 2017. godine uspješno primjenjuje u Specijalnoj bolnici Dr Medtim, predstavlja nam prof. dr Zoran Popović. O značaju Bobath koncepta (neurorazvojna terapija) u tretmanu neurorizične djece objavljujemo tekst dr Marine Delić iz Instituta Dr Simo Milošević u Igalu. Od nacionalnih smjernica dobre kliničke prakse u okviru projekta unapređenja usluga mentalnog zdravlja u Crnoj Gori predstavljamo Kliničke smjernice za dijagnozu i liječenje depresije u Crnoj Gori.

U ovom broju Biltena donosimo izvještaj dr Saše Radovića, specijaliste dječje hirurgije i dječje urologije o obilježavanju Međunarodnog dana djece oboljele od malignih bolesti u organizaciji Instituta za Javno zdravlje Crne Gore i Instituta za bolesti djece KC Crne Gore. Ova oboljenja čine približno 1% svih novodijagnostifikovanih maligniteta i zahvaljujući primjeni savremenih protokola liječenja, u visokom procentu su izlječiva. Objavljujemo i pregled održanih skupova u Crnoj Gori u periodu septembar 2018. – mart 2019. godine, akreditovnih od strane Ljekarske komore.

Pored printane forme, Bilten Ljekarske komore Crne Gore dostupan je i u online verziji, na web stranici Komore www.ljekarskakomora.me. I dalje očekujemo vaše aktivno učešće, tekstove, kritiku i podršku u kreiranju Biltena Ljekarske komore, kako bi bio bolji i korisniji svima nama.

Prof. dr Aneta Bošković



Poštovane kolegice i kolege,

Izvršni odbor Komore donio je odluku da se časopis Ljekarske komore Crne Gore objavljuje najmanje četiri puta godišnje. Kako je ovo prvi broj koji izlazi iz štampe u 2019. godini obaveza Predsjednika Komore je da i na ovaj način upozna članove sa aktivnostima u prethodnoj godini, što će ostati praksa i za ubuduće.

Suštinski početak rada u protekloj godini bila je prva održana sjednica Izvršnog odbora, 16. februara 2018. godine. Obzirom na lošu situaciju koju smo zatekli u instituciji kojom rukovodimo, od samog početka smo znali da se rad mora paralelno organizovati u više različitih segmenata. Sebi smo postavili brojne ciljeve i zadatke.

Za mene, kao predsjednika Izvršnog odbora i predsjednika Komore, najteži zadatak, bez obzira na ogroman posao vezano za izradu, proceduru usaglašavanja i usvajanja velikog broja normativnih akata, komplikovanu proceduru

licenciranja svih crnogorskih ljekara i stranaca koji se bave ljekarskom profesijom u našoj zemlji, konstituisanje organa, organizaciju rada institucije i mnogo drugih poslova koji su se u međuvremenu morali završavati praktično na dnevnom nivou, bio je objasniti kolegama šta znači institucija Komore, koji su njeni zadaci i čemu ona zapravo služi. U situaciji kada niko od nas nije ustvari znao šta je i kako rađeno od osnivanja Komore 1996. godine, kada je na današnji dan većina doktora medicine u Crnoj Gori izložena ogromnoj odgovornosti i stresu na svom radnom mjestu, pravila koja je uspostavila Komora doživljena su samo kao dodatni pritisak na doktore medicine. Iz tog razloga razumljiva mi je reakcija kolega koje nijesu znale ili nijesu željele da znaju da je dio pravila koja smo uveli propisao Zakon, a ne rukovodstvo Komore i da rukovodstvo Komore u tom dijelu ima obavezu sprovođenja Zakona i ništa više od toga. Tačno je da smo insistirali na uspostavljanju pravila koja će podjednako važiti za sve doktore medicine u Crnoj Gori, jer da smo radili drugačije diskriminirali bi upravo onaj najbolji dio nas. Iz tog razloga nastavićemo da insistiramo na poštovanju osnovnih pravnih postulata, zakoni se moraju sprovoditi i niko ne smije biti iznad Zakona. Očigledno kršenje postavljenih pravila neće se tolerisati, bez obzira na kolegijalne odnose.

Šta smo zapravo radili u protekloj godini?

Na jedanaest sjednica Izvršnog odbora i pet sjednica Skupštine Komore donešen je kompletan pravni osnov za funkcionisanje institucije, napisano je i donešeno više od pedeset pravnih akata i propisa. Treba li ponovo podsjetiti da je do 16. januara prošle godine Ljekarska komora Crne Gore bila samo fikcija registrovana u Centralnom registru privrednih subjekata, institucija koja nije imala niti jedan pravni akt usaglašen sa odredbama važećeg Zakona o zdravstvenoj zaštiti i institucija čije je funkcionisanje godinu dana bilo u potpunosti blokirano.

Kada su u pitanju prenešeni poslovi koje Komora radi za državu Crnu Goru, urađeno je sledeće – napisan je Statut Komore, Pravilnik o postupku izdavanja, obnavljanja odnosno oduzimanja licence za rad, Pravilnik o upisu u Ljekarsku Komoru Crne Gore, Prijedlog pravilnika o sadržaju i načinu vođenja registra licenci i obrascu licenci za rad, Pravilnik

o kontinuiranoj edukaciji i načinu vrednovanja svih oblika stručnog usavršavanja, pripremljeni su svi obrasci i cio proces tehnički proveden u prostorijama Komore. Kroz sam proces u Komoru je upisano 2231 doktora medicine. Morali smo primiti nekoliko desetina hiljada dokumenata, svu primljenu dokumentaciju provjeriti i evidentirati, formirati 2231 personalni dosije, izraditi 2000 licenci, novih faksimila i članskih karata, izdati isto toliko Rješenja o ispunjenju uslova za dobijanje dozvole za rad doktora medicine u našoj zemlji, iz dostavljene dokumentacije upisati više od sto hiljada podataka u javne knjige Komore i sve ovo uraditi bez mogućnosti i prava na grešku. Posao je završila stručna služba Komore u kojoj je zaposleno troje ljudi.

Upisali smo i 76 stranaca sa prebivalištem van Crne Gore koji se neposrednom zdravstvenom djelatnošću bave na teritoriji naše zemlje. Nijesam do kraja nezadovoljan brojem stranaca koji su prijavljeni, jer 76 je ipak nešto u odnosu na 0, koliko ih je bilo do sada, ali po mojoj procjeni ima ih mnogo više. U narednoj godini očekujem da se prijavi još nekoliko stotina stranaca koji se bave liječenjem crnogorskih građana. Nadam se da su rukovodioci zdravstvenih ustanova i odgovorna lica koja zapošljavaju doktore medicine strance svjesni rizika koji preuzimaju zapošljavajući kolege bez prethodnog upisa u Ljekarsku komoru Crne Gore i bez dozvole za rad. To je protivno zakonima ove zemlje. To je istovremeno i čin nepoštovanja crnogorskih ljekara, koji su cijelom procesu prišli sa maksimalnom odgovornošću. Podaci vezani za sprovedeni postupak uključujući imena svih doktora medicine u Crnoj Gori, njihova stručna zvanja, podaci o ustanovama u kojima su zaposleni, sva pravna akta koja smo u međuvremenu morali napisati i donijeti da bi čitav proces bio urađen u skladu sa Zakonom o zdravstvenoj zaštiti i zakonima iz dijela drugih oblasti dostupni su na novom sajtu Ljekarske Komore Crne Gore. Po prvi put je formirana elektronska baza podataka za sve doktore medicine u Crnoj Gori koju mogu koristiti naši članovi, druge institucije u zemlji koje se bave pitanjima iz oblasti zdravstva, a osnovni podaci o doktorima medicine u Crnoj Gori biće dostupni i svakom našem građaninu.

Na prvoj ovogodišnjoj Skupštini Komore donešen je Kodeks medicinske etike i deontologije Ljekarske komore Crne Gore, jedan od najznačajnijih dokumenata koji profiliše naš rad.

Posebnu pažnju posvetili smo međunarodnim aktivnostima. Sve međunarodne aktivnosti usmjerili smo ka povezivanju sa najrelevantnijim evropskim i svjetskim udruženjima ljekara iz prostog razloga što smo kao esnafsko udruženje priznali da nam treba pomoć. Bila je i još uvijek nam je neophodna ekspertska pomoć u stručnom, organizacionom i svakom drugom smislu. Kao najznačajniju aktivnost ističem da su se po prvi put nakon rata devedesetih, na dvodnevnoj konferenciji u Podgorici, okupili svi predsjednici ljekarskih komora zemalja bivše Jugoslavije. Aktivno smo učestvovali na međunarodnim konferencijama i za svoje aktivnosti nagrađeni povjerenjem da organizujemo 34. godišnju konferenciju najznačajnijeg evropskog udruženja ljekarskih asocijacija-EFMA, čiji članovi dolaze iz 46 zemalja Evrope i svijeta. Godišnja konferencija će ove godine biti održana u Podgorici uz učešće generalnog sekretara Svjetske medicinske asocijacije, predsjednika najznačajnijih Evropskih institucija koje se bave zdravstvenom politikom i velikog broja delegata iz različitih zemalja. Organizator i domaćin 34. godišnje konferencije EFMA biće Ljekarska komora Crne Gore, a predstavnici Ljekarske komore Crne Gore već danas su rado viđeni gosti na svim značajnijim skupovima u regionu i Evropi.

PREDSJEDNIK,
Dr Aleksandar Mugoša

KODEKS MEDICINSKE ETIKE I DEONTOLOGIJE LJEKARSKE KOMORE CRNE GORE

Podgorica, mart 2019. godine

I OSNOVNE ODREDBE

Predmet i cilj

Član 1

Kodeksom medicinske etike i deontologije (u daljem tekstu: Etički kodeks) utvrđuju se etička načela u obavljanju profesionalnih dužnosti članova Ljekarske komore Crne Gore (u daljem tekstu: Komora) i s tim u vezi uređuju se odnosi članova Komore prema pacijentima, kao i međusobni odnosi članova Komore.

Cilj Etičkog Kodeksa je da čuva slobodu i ugled ljekarskog poziva, podiže kvalitet ljekarskih usluga i ojača povjerenje između ljekara i pacijenta, uz poštovanje koncepta autonomije i prava pacijenta.

Član Komore je doktor medicine (u daljem tekstu: ljekar).

Rodna ravnopravnost

Član 2

Svi izrazi koji se u Etičkom kodeksu koriste za fizička lica u muškom rodu obuhvataju iste izraze i za fizička lica u ženskom rodu.

Komisija za etička pitanja i deontologiju

Član 3

Komisija za etička pitanja i deontologiju (u daljem tekstu: Komisija) stara se o sprovođenju Etičkog kodeksa u skladu sa međunarodnim ugovorima koje je ratifikovala država Crna Gora, zakonima države Crne Gore i statutom Komore, a posebno razmatranjem

etičkih pitanja koja se odnose na obavljanje profesije; davanjem mišljenja o radu članova Komore u skladu sa Etičkim kodeksom, promovisanjem principa profesionalne etike, radi obezbjeđivanja etičkog ponašanja članova Komore i obavljanjem drugih poslova u vezi sa primjenom poštovanja Etičkog kodeksa.

II OSNOVNA NAČELA

Načelo savjesnosti

Član 4

Obaveza ljekara je da svoju profesionalnu aktivnost obavlja savjesno, po pravilima medicinske struke i sa potrebnom pažnjom, u skladu sa načelima medicinske etike i deontologije i načelima čovječnosti.

Načelo jednakosti

Član 5

Ljekar ljekarsku pomoć pruža svima jednako, nezvezano za godine života, pol, rodni identitet, rasu, nacionalnu pripadnost, vjeru, društveni položaj, obrazovanje, jezik, bračno ili porodično stanje, seksualnu orijentaciju, socijalno porijeklo, političko ili drugo ubjeđenje, imovinsko stanje, jezik, kulturu, vrstu bolesti, psihički ili tjelesni invaliditet ili drugo lično svojstvo, poštujući ljudska prava i dostojanstvo svakog čovjeka.

Načelo poštovanja autonomije i prava pacijenata

Član 6

Ljekar je dužan da poštuje prava, slobode, autonomiju i ljudsko dostojanstvo svakog pacijenta, kao i da se u svom radu vodi principima dobročinstva, nanošenja najmanje štete i principima pravičnosti.

Načelo čuvanja ugleda profesije

Član 7

Ljekar je dužan da u svom djelovanju čuva ugled i dostojanstvo profesije.

Ljekar je dužan da svim svojim sposobnostima čuva plemenitu tradiciju ljekarskog poziva, održavajući visoke standarde stručnog rada i etičnog ponašanja prema pacijentu i njegovim bližnjima, kao i prema zdravim osobama.

III LJEKAR I MEDICINSKA ETIKA

1. Ljekar

Osnovne dužnosti ljekara

Član 8

Dužnost ljekara je da svoje životno usmjerenje i struku posveti zdravlju ljudi.

Ljekar je u obavezi da se u svom radu pridržava važećih standarda medicinske nauke i etičkih principa, u okviru kojih je slobodan da izabere one dokazane metode profilakse, dijagnostike, terapije i rehabilitacije koje smatra najefikasnijim za konkretnog pacijenta.

Ljekar i etičke odluke

Član 9

Odluke ljekara moraju da se zasnivaju isključivo na postupcima koji bolesniku olakšavaju trpljenje i ostvaruju

zdravlje, poštujući pri tom prava, slobode, autonomiju i dostojanstvo svakog pacijenta.

Profesionalni odnos ljekara prema pacijentu ne smije biti uslovljen bilo kojim neetičkim razlogom.

Ljekar i prijem pacijenta

Član 10

Ljekar je prilikom prijema pacijenta u zdravstvenu ustanovu dužan da se pobrine da pacijent bude obaviješten o postupcima, medicinskim i tehničkim mogućnostima za njegovo liječenje.

Način liječenja

Član 11

Ljekar predlaže i sprovodi postupke koji su neophodni za pouzdano dijagnostifikovanje i liječenje, u skladu sa važećim standardima medicinske nauke, etike i deontologije.

U liječenju pacijenta ljekar postupa ekonomično i racionalno, izbjegavajući nepotrebne preglede i postupke, bez obzira na to ko snosi troškove liječenja pacijenta.

Ljekar i prava pacijenta na pristanak

Član 12

Ljekar sprovodi dijagnostiku i medicinski tretman nad pacijentom, u načelu, samo uz njegov pristanak, koji može biti dat u pisanoj formi ili usmeno.

Odredba stava 1 ovog člana ne primjenjuje se na pacijenta sa izmijenjenim stanjem svijesti i bez mogućnosti racionalnog rasuđivanja, ako ne postoji pristanak zakonskog zastupnika ili staraoca.

Odluke koje se tiču medicinskog tretmana pacijenta moraju biti u njegovom najboljem interesu.

Pacijent treba da bude uključen u proces donošenja odluka, koliko je to u datim okolnostima moguće, u

skladu sa njegovom sposobnošću da razumije okolnosti, informacije i racionalno rasuđuje.

Pristanak pacijent može opozvati u pisanoj formi ili usmeno uz prisustvo svjedoka, prije sprovođenja i za vrijeme trajanja tretmana.

Ljekar je dužan obavijestiti pacijenta o posljedicama za njegovo zdravlje u slučaju odbijanja predložene medicinske mjere.

Ako je pacijent mlađi od 16 godina ili lišen poslovne sposobnosti, medicinska mjera nad njim se može preduzeti uz pristanak njegovog zakonskog zastupnika (roditelja, usvojitelja ili staratelja), izuzev u hitnim slučajevima. Prilikom donošenja odluka o medicinskim mjerama koje se odnose na ova lica, mora se imati u vidu načelo najboljeg interesa pacijenta, kao i preferencije samog pacijenta ukoliko je to moguće u datim okolnostima, u skladu sa njegovom zrelošću i sposobnošću za rasuđivanje.

Posebna briga o djeci

Član 13

Ljekar se istrajno zauzima za zdravu okolinu djece i posvjećuje im posebnu brigu, naročito ako su fizički ili psihički bolesna ili pate od različitih problema u razvoju. Ljekar posebnu brigu posvjećuje djeci sa invaliditetom, bilo da su hospitalizovana u specijalnim ustanovama ili da se radi o djeci u sopstvenim porodicama.

Ukoliko postoji osnov sumnje da je vršeno zlostavljanje, zanemarivanje, zloupotreba, mučenje i nepostupanje po ljekarskim savjetima, ljekar će upozoriti nadležne institucije i prema svojim mogućnostima omogućiti zaštitu djeteta.

Pregled i pružanje medicinske pomoći osobi mlađoj od 16 godina ljekar obavlja uz saglasnost roditelja ili staratelja, izuzev u hitnim slučajevima.

Ljekar pedijatar, ljekar druge specijalnosti ili ljekar opšte

prakse pregledaju malo, predškolsko i školsko dijete u prisustvu roditelja, rodbine, staratelja, vaspitača ili školskog nastavnika - do uzrasta određenog zakonom. Prilikom donošenja odluka o medicinskim mjerama koje se odnose na osobe mlađe od 16 godina mora se imati u vidu načelo najboljeg interesa pacijenta, kao i obaveza ljekara da zaštititi interese osoba mlađih od 16 godina ukoliko njihovi roditelji ili staratelji to nijesu u stanju da učine.

Ljekar takođe ima obavezu da otkloni zahtjeve laika koji bi mogli ugroziti zdravlje ili život osobe mlađe od 16 godina i koji bi uskratili adekvatne mjere zdravstvene zaštite.

Pacijent mlađi od 16 godina pod starateljstvom ili njegov zakonski zastupnik ima pravo da odbije predloženu medicinsku mjeru, čak iako se njome spasava ili produžava njegov život, ali je ljekar dužan da njegovom roditelju ili staratelju ukaže na posljedice njihove odluke o odbijanju. Namjeru iz stava 6 ovog člana, zakonski zastupnik osobe mlađe od 16 godina dužan je da učini u pisanoj formi čime preuzima odgovornost za dalje liječenje i zdravlje maloljetnog lica.

Ljekar i podrška pacijentu

Član 14

Međusobni odnosi ljekar-pacijent moraju da se zasnivaju na uzajamnom povjerenju i odgovornosti, tako da pacijent aktivno učestvuje u svom liječenju.

Dužnost ljekara je da pacijenta obavijesti o njegovim pravima i obavezama, kao i da se zalaže za poštovanje prava svih pacijenata.

Nesavjestan i nestručan postupak - malpraksa

Član 15

Članovi Komore ističu i podržavaju razlike između ishoda nesavjesnog i nestručnog liječenja, s jedne stra-

ne i neželjenog ishoda liječenja s druge strane; koje je moguće u ljekarskoj profesiji.

Članovi Komore se zalažu da se na ovoj razlici zasniva utvrđivanje eventualne odgovornosti ljekara za ishod liječenja.

Pravo pacijenta na istinu i obavješćavanje o zdravstvenom stanju

Član 16

Pravo pacijenta je da sazna istinu od ljekara o svom zdravstvenom stanju, da dobije adekvatne i pravovremene informacije o predviđenom ispitivanju, liječenju i očekivanim rezultatima medicinskog tretmana.

Ljekar i odnos prema članovima porodice pacijenta

Član 17

Ljekar je dužan da profesionalno izvještava o stanju pacijenta, da se prema članovima porodice pacijenta odnosi sa puno razumijevanja i da sa njima sarađuje u korist pacijenta.

Briga o pacijentima u slučaju nedovoljnih mogućnosti za liječenje

Član 18

Ako potrebe liječenja pacijenta prevazilaze mogućnosti, znanja i vještine ljekara, on će se postarati da ga uputi na liječenje drugom ljekaru, odnosno zdravstvenoj ustanovi, koja takve uslove može ostvariti.

Ljekar i nesavjesni pacijent

Član 19

Ako se pacijent koji je upoznat sa svojim stanjem, a sposoban je da samostalno odlučuje, ne ponaša u skladu sa odlukama liječenja i prevencije bolesti, ljekar može

odbiti dalju brigu o takvoj osobi, ali pod uslovom da ga prethodno uputi na drugog ljekara ili zdravstvenu ustanovu.

Postupak stava 1 ovog člana primjenjuje se i u slučajevima kada se pacijent ponaša nedolično, uvredljivo ili prijeti, ali samo u slučajevima kada bolesniku ne prijeti neposredna opasnost po život, jer mu tada treba pomoći bez obzira na to kakvo je njegovo ponašanje.

Razlozi za odbijanje liječenja

Član 20

Ljekar ima prava da odbije liječenje i uputi pacijenta drugom ljekaru ako smatra da nije dovoljno stručan ili da nema tehničke mogućnosti za uspješno liječenje, ako ne postoji odnos punog povjerenja pacijenta u rad ljekara ili ako pacijent odbija saradnju, pokušava da vrši zloupotrebe, izuzev u slučaju neophodnosti pružanja hitne medicinske pomoći.

Vrednovanje rada

Član 21

Ljekarski rad se vrednuje zaradom.

Svako sticanje materijalne i druge koristi na osnovu pružene zdravstvene usluge u suprotnosti je sa Etičkim kodeksom.

Uslovljavanje pružanja zdravstvene usluge materijalnim i drugim ličnim koristima u suprotnosti je sa Etičkim kodeksom.

Ljekar i hitna medicinska pomoć

Član 22

Svaki ljekar je dužan da uvijek i na svakom mjestu pruži hitnu medicinsku pomoć licu kojem prijeti

neposredna opasnost po život i zdravlje, u granicama svojih mogućnosti i znanja, bez obzira na to da li je na dužnosti ili nije i bez obzira na to da li je za pomoć izričito zamoljen ili nije.

Ako je bolesnoj ili povrijeđenoj osobi potrebna medicinska pomoć koju ljekar nije u stanju da pruži, dužan je da preduzme odgovarajuće mjere u cilju pružanja adekvatne zdravstvene zaštite.

Osobi koja je svoj život dovela u opasnost iz samoubilačke namjere, ljekar treba da pruži hitnu medicinsku pomoć, nezvano za njegovu volju.

Staranje o zdravstvenom vaspitanju i zdravstvenoj kulturi

Član 23

Ljekar treba da utiče na razvoj zdravstvenog vaspitanja i zdravstvene kulture stanovništva, djelujući na svom radnom mjestu i u javnom životu.

Ljekar učestvuje u planiranju i sprovođenju mjera za poboljšanje zdravlja, prevenciju bolesti, kao i u suzbijanju zaostalosti, praznovjerja i nadriljekarstva.

Kontinuirano stručno usavršavanje ljekara

Član 24

Obaveza ljekara je da se kontinuirano stručno usavršava, primjenjuje dijagnostičke i terapijske procedure savremene medicine.

Moralna i profesionalna dužnost ljekara je da održava nivo znanja i vještina neophodan za pružanje kvalitetne zdravstvene zaštite.

Ljekar je dužan da stečeno stručno znanje prenosi svojim kolegama i drugim zdravstvenim radnicima.

Ljekar mora biti svjestan granica svojih stručnih sposobnosti i mogućnosti i ne smije da prekorači te granice.

Ljekar i racionalna medicinska praksa

Član 25

Ljekar je dužan da prema pacijentu postupi shodno dijagnostičkim i terapijskim protokolima za određena stanja i u skladu sa racionalnom medicinskom praksom.

Samostalnost i nezavisnost ljekara

Član 26

U granicama stručne osposobljenosti ljekar je u obavljanju svog poziva samostalan i nezavisan, a za svoj rad snosi ličnu odgovornost pred pacijentima i društvom. Ljekar ima pravo da odbije svaki pokušaj pritiska od strane kolega, pacijenata ili drugih lica, ukoliko ti zahtjevi protivrječe principima Etičkog kodeksa, profesionalnim dužnostima ili zakonu.

Ljekar koji učestvuje u konsultacijama, konzilijumima, komisijama i sl., mora postupati nepristrasno i principijelno.

U slučaju da se na ljekara vrši pritisak da postupi protivno svojoj savjesti ili profesionalnom uvjerenju ima pravo da zatraži pravnu i društvenu podršku obraćanjem Komori i drugim nadležnim institucijama.

Pravo na dostojanstvo i povoljne uslove rada ljekara

Član 27

Ljekar ima pravo na poštovanje dostojanstva profesije i zaštite u skladu sa važećim pravnim propisima.

Zabrana zloupotrebe zanimanja

Član 28

Ljekar je dužan da čuva svoj profesionalni ugled. Zabranjena je zloupotreba zanimanja od strane ljekara.

Ljekar ne smije da koristi ljekarski poziv da bi sebi i/ili drugome pribavio nezakonitu materijalnu ili nematerijalnu dobit i drugu pogodnost.

Ljekar ne smije da koristi nazive i titule koji mu nijesu zvanično dodijeljeni.

Zabrana propagiranja pojedinih sredstava i metoda liječenja iz ličnih razloga

Član 29

Prilikom davanja ljekarskih izvještaja i mišljenja ljekar treba da postupa sa povećanom pažnjom i prema najboljem znanju.

Davanje lažnih izvještaja i mišljenja o lijekovima, medicinskim sredstvima, dijetetskim proizvodima, metodama liječenja ili stanju zdravlja pacijenta predstavlja grubu povredu načela medicinske etike.

Nekritičko objavljivanje i propagiranje nedovoljno provjerenih dijagnostičkih, terapijskih i drugih metoda liječenja, kao i lijekova etički je prekršaj.

Suprotstavljanje nestručnim i nezakonitim ciljevima

Član 30

Ljekar je dužan da se suprotstavi nestručnim, neetičkim i nezakonitim postupcima drugog ljekara i da o tome obavijesti nadležne organe i institucije.

Zaštita interesa javnog zdravlja

Član 31

Ljekar aktivno doprinosi dobrobiti i napretku zajednice u kojoj živi i djeluje.

Pravo ljekara je da učestvuje u svim društvenim sferama života.

Član 32

Politička, socijalna, nacionalna, vjerska ili rodna pripadnost ljekara ne smiju ugroziti stručnu pripadnost, niti mogu biti osnov ili razlog za diskriminaciju prilikom napredovanja u struci, kao ni u međusobnim profesionalnim odnosima između ljekara.

Ljekar mora biti svjestan da svaka njegova lakomislena, nečasna, ponižavajuća i neprimjerena radnja pogađa i druge ljekare.

Profesionalna ljekarska tajna i njeno čuvanje

Član 33

Sve što je ljekar saznao o pacijentu obavljajući svoj posao smatra se profesionalnom ljekarskom tajnom.

Podaci o pacijentu mogu biti saopšteni samo na način na koji je anonimnost pacijenta obezbijeđena.

Ljekar je dužan da profesionalnu tajnu čuva i u odnosu na članove porodice pacijenta ako to pacijent zatraži, izuzev u slučaju kad bi čuvanjem ljekarske tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi i ako to predviđaju zakonski propisi. Pacijent može osloboditi ljekara čuvanja profesionalne tajne. Ljekar je dužan da čuva profesionalnu tajnu i poslije pacijentove smrti, osim u slučaju kad bi čuvanjem ljekarske tajne ugrozio život i zdravlje drugih ljudi i ako to predviđaju zakonski propisi.

Tajna se odaje samo u potrebnoj mjeri i samo odgovarajućoj osobi kojoj su te informacije potrebne zbog sprječavanja posljedica.

Objavljivanje podataka o pacijentu u naučnoistraživačkoj dokumentaciji, stručnim publikacijama i prilikom nast-

ve, moguće je samo uz pristanak pacijenta ili njegovog pravnog zastupnika, pri čemu mora biti obezbijeđeno poštovanje njegovog ličnog dostojanstva.

2. Biomedicinska istraživanja

Član 34

Osnovna svrha istraživanja na ljudima je unaprijeđenje preventivnih, dijagnostičkih, terapijskih i rehabilitacionih metoda i napredak medicine.

U svim istraživanjima dobrobit pojedinca ima prednost u odnosu na interese nauke i društva.

Ljekar koji preduzima istraživanje u oblasti medicine mora biti medicinski kompetentan i istraživanje sprovoditi u skladu sa zakonom i drugim pravnim i etičkim načelima koja se odnose na istraživanje.

Pored prednosti istraživanja moraju biti jasno ocijenjene i moguće opasnosti i poteškoće u postizanju dobrobiti za pojedinca i koristi za društvo. Očekivana korist za zdravlje pacijenta koji učestvuje u istraživanju treba da premašuje neizbježne rizike tog istraživanja.

Po potrebi, zavisno od vrste istraživanja, treba procijeniti i moguću štetu za čovjekovu okolinu, a tamo gdje su uključene životinje primijeniti načelo najmanje patnje.

Ljekar i dužnosti prema ispitanicima

Član 35

Ljekar koji vodi istraživanje obavezan je da ispitanike koji budu obuhvaćeni istraživačkim projektom detaljno upozna sa svrhom rada, očekivanom koristi i mogućim opasnostima, te će nakon toga pribaviti njihov pisani pristanak. Ako to zbog maloljetstva, poslovne nesposobnosti ili stanja svijesti ispitanika nije moguće, pristanak će zatražiti od njegovog zakonskog zastupnika ili staratelja, u skladu sa važećim zakonskim propisima.

Ako ispitanik tokom istraživanja postane sposoban za samostalno odlučivanje, istraživač mora za dalja istraživanja dobiti njegov pisani pristanak.

Ispitanik može, bez posljedica za njega lično ili za njegovo dalje liječenje, u svakom trenutku odustati od daljeg učešća u istraživanju.

Objavljanje rezultata biomedicinskih istraživanja

Član 36

Rezultati biomedicinskih istraživanja, bilo pozitivni ili negativni u odnosu na očekivane rezultate, moraju se učiniti dostupnim, prije svega stručnoj i naučnoj, a onda i široj javnosti.

Svi podaci i nalazi koji su ljekarska tajna objavljuju se samo ako za to postoji saglasnost ispitanika.

TRANSPLANTACIJA LJUDSKIH ORGANA, TKIVA I ČELIJA

Transplantacija organa, tkiva i ćelija od živih

Član 37

Uzimanje organa, tkiva i ćelija od živih moguće je samo uz saglasnost davaoca organa.

Davaoc organa, tkiva i ćelija mora biti upoznat sa svim mogućim posljedicama planiranog postupka.

Uzimanje organa maloljetnim licima, duševno zaostalim, licima sa smanjenom uračunljivošću i licima koja su u bilo kakvom podređenom položaju u odnosu na izvršioce, nije dopušteno.

Izuzetak je uzimanje koštane srži, odnosno drugih obnovljivih tkiva od maloljetne zdrave osobe za liječenje srodnika, uz odobrenje roditelja ili staraoca maloljetnog lica, a u skladu sa zakonom.

Transplantacija organa, tkiva i ćelija umrlih

Član 38

Uzimanje organa, tkiva i ćelija umrlih ili osoba u stanju moždane smrti, u svrhu liječenja, moguće je u skladu sa važećim zakonskim odredbama i etičkim principima. Saglasnost za uzimanje organa, tkiva i ćelija umrlog mora u pisanom obliku biti pribavljena od bliskih rođaka ili za života od umrlog lica, u skladu sa važećim zakonskim odredbama.

Rješavanje sukoba interesa

Član 39

Ljekar koji učestvuje ili bi mogao učestvovati u postupku presađivanja organa tkiva i ćelija ne može učestvovati u odlučivanju o moždanoj smrti davaoca organa, tkiva i ćelija, zbog sukoba interesa.

Ljekar je dužan da živog davaoca organa, tkiva i ćelija savjesno upozna o značaju i mogućim posljedicama planiranog postupka.

3. Korišćenje oplodjenog jajeta, embriona i fetusa

Član 40

Nije dozvoljeno vještačko održavanje embriona ili fetusa u životu sa namjerom da se obavi istraživanje ili uzimanje tkiva u zdravstvene svrhe.

Zabranjeno je upotrebljavati oplodena jajašca, embrione ili fetuse u komercijalne ili industrijske svrhe.

Upotreba ili oduzimanje tkiva iz embriona ili fetusa dozvoljeno je samo u terapijske, dijagnostičke i naučno-istraživačke svrhe, pod posebnim uslovima, u skladu sa važećim zakonima.

Na odluku o prekidu trudnoće i o uslovima pod kojima će se prekid obaviti ne smije nikada uticati želja da se embrion ili fetus upotrijebe za bilo koje namjene.

4. Ljekar vještak

Član 41

Ljekar vještak postupa samostalno, nepristrasno i objektivno, bez obzira na to koji je interes naručioca vještačenja i strana u sporu.

Vještačenje mora da obavlja po svojoj najboljoj savjesti i znanju, pridržavajući se rokova određenih za vještačenje, da podnosi tačan i potpun nalaz i mišljenje, sagledavajući načela medicinskog vještačenja.

U svom radu vještak je dužan da čuva tajnost podataka.

Dužnosti lekara vještaka u sudskom postupku

Član 42

U toku sudskog postupka vještak mora da se pridržava postavljenih pitanja i na njih odgovara prema svom najboljem znanju, jasno, detaljno i temeljno, ali prije svega za medicinskog laika razumljivo.

Ukoliko vještak utvrdi da njegovo stručno znanje i profesionalno iskustvo nije dovoljno, dužan je da na to upozori sud.

Psihijatri, odnosno neuropsihijatri koji su učestvovali u donošenju odluke o obaveznom upućivanju i zadržavanju pacijenta na hospitalnom psihijatrijskom liječenju, ne mogu biti vještaci, koji po nalogu suda donose mišljenje o daljoj hospitalizaciji tog pacijenta.

IV PODRŠKA PLANIRANJU PORODICE I REGULISANJE LJUDSKE PLODNOSTI

Podrška planiranju porodice

Član 43

Ljekar savjetuje i detaljno informiše partnere o najpovoljnijim načinima za planiranje porodice, kao i mo-

gućnostima regulisanja začeca u skladu sa aktuelnom medicinskom doktrinom.

Pravo na kontracepciju i odnos prema abortusu

Član 44

Ljekar se zalaže da se planiranje porodice obavlja savremenim metodama kontracepcije.

Ljekar je dužan da pacijentkinju upozna sa djelovanjem kontraceptiva, dinamikom njihove primjene, kao i o mogućim neželjenim propratnim dejstvima.

Suprotstavljanje nezakonitim prekidima trudnoće

Član 45

Svako prekidanje trudnoće koje nije u skladu sa zakonom, osim što predstavlja krivično djelo, predstavlja i tešku povredu principa Etičkog kodeksa.

Zakonito obavljanje sterilizacije

Član 46

Ljekar može da obavi sterilizaciju u slučajevima kada je to zakonom dozvoljeno.

Sterilizacija je po pravilu dozvoljena ako je zasnovana na medicinskim, genetskim ili socijalnim uzrocima.

Liječenje neplodnosti

Član 47

U liječenju neplodnosti ljekar mora da zna da primjena metoda asistiranje reprodukcije za vantjelesno oplođenje pretpostavlja razumijevanje suštine takvih postupaka od strane lica koja im se podvrgavaju.

Primjena metoda asistiranje reprodukcije može se vršiti sopstvenim jajnim ćelijama i spermatozoidima, kao i doniranim jajnim ćelijama i spermatozoidima u slučaju kad se procijeni da partneri ne mogu ostvariti potomstvo

sopstvenim reproduktivnim potencijalom.

Donatori jajnih ćelija ili sperme moraju biti strogo regulisani odgovarajućim zakonom.

Prije vantjelesnog oplođenja ljekar mora da upozna partnere sa procedurom, izgledima na uspjeh i eventualnim komplikacijama uz pisani pristanak partnera i potpis ljekara.

Postupci medicinski potpomognute reprodukcije ne mogu se koristiti u cilju izbora pola, izuzev za izbjegavanje ozbiljne prethodno utvrđenje nasljedne bolesti vezane za pol.

V ODNOS PREMA NEIZLJEČIVOM I UMIRUĆEM PACIJENTU

Odnos prema neizlječivom pacijentu

Član 48

Kod neizlječivog pacijenta jedan od osnovnih zadataka ljekara je da preduzima sve mjere liječenja koje će pacijentu ublažiti bolove i psihičku patnju.

Zabrana eutanazije

Član 49

Namjerno skraćivanje života u suprotnosti je sa Etičkim kodeksom.

Zabranjeno je preduzimanje postupaka kojima se život umirućeg pacijenta aktivno skraćuje.

Odnos prema umirućem pacijentu

Član 50

Liječenje umirućeg pacijenta je ljekarska obaveza. Pacijentu u terminalnom stadijumu bolesti ljekar treba

da olakša tjelesne i duševne patnje i obezbijedi uslove umiranja dostojne čovjeka.

Odnos prema umirućem i njegovoj porodici

Član 51

Umirući ima pravo na pomoć, njegu i ljudski odnos, kao i na prisustvo članova uže porodice u trenucima završnog perioda njegove bolesti.

Informisanje pacijenta i porodice u slučajevima teške i neizlječive bolesti isključivo je dužnost ljekara.

Ljekar je dužan da u okviru mogućnosti umirućem obezbijedi uslove da se psihički i duhovno pripremi.

VI MEĐUSOBNI ODNOSI LJEKARA

Principi međusobnih odnosa

Član 52

Međusobni odnosi i saradnja ljekara zasnivaju se na principima kolegijalnosti, korektnosti, iskrenosti, poštovanju i razmjeni profesionalnih iskustava.

Odnos prema učiteljima, pretpostavljenima i kolegama

Član 53

U skladu sa tradicijom ljekarske profesije, ljekar svojim učiteljima, pretpostavljenima i kolegama iskazuje poštovanje i zahvalnost za stečena znanja i vještine koje su mu pružili.

Razvijanje i zaštita dobrih međuljudskih odnosa

Član 54

Neslaganje ljekara u mišljenju ne smije voditi kršenju principa kolegijalnosti i međusobnog poštovanja.

Princip kolegijalnosti nalaže da ljekar brani kolegu od neopravdanih kritika njegovog profesionalnog rada, kao i od izjava kojima se vrijeđa njegova ličnost ili čast. Ljekarskom pozivu su strane uvrede, klevete, omalovažavanje i bojkotovanje rada kolege, kao i neopravdano izrečene kritike rada ili znanja kolega.

Ukoliko ljekar kod drugog ljekara utvrdi greške u dijagnostičkim ili terapijskim postupcima, dužan je da svoja zapažanja prvo saopšti njemu, a ukoliko greška ne bude otklonjena i pretpostavljenima.

Kolege i druge zdravstvene radnike ljekar upućuje na učinjene propuste na način koji ne vrijeđa njihovo dostojanstvo.

Mišljenje o radu drugog ljekara

Član 55

Dužnost ljekara je da se uzdrži od iznošenja negativnog mišljenja o radu drugog ljekara u prisustvu pacijenta, trećih lica ili laičke javnosti putem medija i društvenih mreža.

Kritika stručnog rada je moguća samo u prisustvu ljekara, uključujući i kritikovanog.

Ocjena mora biti objektivna i argumentovana, bez lične ostrašćenosti ili drugog subjektivizma.

Stručna saradnja i saradnja među ljekarima

Član 56

Kad ljekar zatraži stručni savjet ili pomoć, drugi ljekar će nesebično i prema svom najboljem znanju pružiti pomoć, u korist pacijenta.

Prilikom upućivanja pacijenta drugom ljekaru, uz saglasnost pacijenta, ljekar je dužan da drugog ljekara pisano ili usmeno obavijesti o dotadašnjim nalazima i liječenju.

Savjet drugog ljekara, konsultanta i ljekarskog konzilijuma

Član 57

Kada je ordinirajućem ljekaru potrebna stručna pomoć, posavjetovaće se sa drugim ljekarom, ljekarskim kolegijumom, ljekarom – konsultantom i ljekarskim konzilijumom.

Savjetovanje će se obaviti na inicijativu ordinirajućeg ljekara.

Ljekarski konzilijum

Član 58

Ljekarski konzilijum se organizuje kada se radi o teškim ili komplikovanim slučajevima koji, po pravilu, prevazilaze znanje i iskustvo ordinirajućeg ljekara i ljekarskog kolegijuma.

Konzilijum sačinjavaju tri ljekara određene specijalnosti sa dugogodišnjim iskustvom.

Timski rad

Član 59

U slučaju da ljekari različitih specijalnosti rade zajedno, kao tim u liječenju istog pacijenta, svaki ljekar je odgovoran za svoj rad.

Ukoliko jedan ljekar ima ulogu rukovodioca (šefa) tima, on je dužan da nadzire rad ostalih članova tima i snosi odgovornost za svoj rad i za rad tima. On odgovara za obim i način rada koji je povjerio članovima tima, a svaki član tima je lično odgovoran za svoj rad u grupi.

VII PRELAZNE I ZAVRŠNE ODREDBE

Obaveznost Etičkog kodeksa

Član 60

Odredbe Etičkog kodeksa obavezujuće su za sve članove Komore.

Za povrede odredbi Etičkog kodeksa predviđena je disciplinska odgovornost.

Član Komore koji povrijedi Etički kodeks vrši povredu profesionalne dužnosti ili ugleda člana Komore zbog koje podliježe utvrđivanju disciplinske odgovornosti u skladu sa zakonom i aktima Komore.

Međunarodna etička načela

Član 61

Pored odredbi ovog Etičkog kodeksa, ljekari su dužni da se pridržavaju i Međunarodnog kodeksa ljekarske etike, etičkih načela, deklaracija i preporuka Svjetske zdravstvene organizacije, Ujedinjenih nacija i Savjeta Evrope, kao i drugih odredbi međunarodnog prava.

Pravni propisi i odredbe Kodeksa

Član 62

Ljekar postupa u skladu sa pozitivnim pravnim propisima i odredbama Etičkog kodeksa.

Stupanje na snagu Kodeksa

Član 63

Kodeks medicinske etike i deontologije stupa na snagu osmog dana od dana objavljivanja na internet stranici Komore.

SKUPŠTINA LJEKARSKE KOMORE CRNE GORE
Predsjednik, dr Nebojša Sekulić

Kodeks medicinske etike i deontologije objavljen je na internet stranici Komore 08. marta 2019. godine, a stupio na snagu 16. marta 2019. godine.

Na osnovu člana 19 Statuta Ljekarske komore Crne Gore („Sl. list CG“, broj 36/2018.), Skupština Komore, na sjednici održanoj dana 28. februara 2019. godine, donosi:

P R A V I L N I K

O NAGRADAMA I DRUGIM PRIZNANJIMA LJEKARSKE KOMORE

CRNE GORE

Član 1

Ovim pravilnikom reguliše se dodjeljivanje godišnje nagrade i drugih priznanja Ljekarske komore Crne Gore (u daljem tekstu: Komora), kriterijumi i postupak za dodjelu nagrade i priznanja.

Član 2

Izrazi koji se koriste u ovom pravilniku za fizička lica u muškom rodu podrazumijevaju iste izraze u ženskom rodu.

Član 3

Godišnja nagrada Ljekarske komore Crne Gore za doktora medicine nosi naziv “dr Branko Zogović”.

Godišnja nagrada Ljekarske komore Crne Gore za javnu i privatnu zdravstvenu ustanovu nosi naziv “dr Petar Miljanić”.

Godišnja nagrada najboljem studentu nosi naziv „Komora najboljem studentu medicine“.

Član 4

Godišnja nagrada dodjeljuju se:

Doktoru medicine (članu Komore) za posebne zasluge iz oblasti medicine;

Zdravstvenoj ustanovi (javnoj i privatnoj);

Najboljem studentu Medicinskog fakulteta u Podgorici

(Studijski program medicine);

Najboljem studentu, državljaninu Crne Gore, koji je na studijama medicine Medicinskog fakulteta van Crne Gore.

Član 5

Godišnja nagrada dodjeljuje se doktoru medicine koji: se posebno istakao u savjesnosti i odgovornosti u obavljanju posla iz svoje profesije;

je ostvario posebno dobre rezultate u liječenju pacijenata; ima dobru saradnju i odnos sa kolegama;

se dosljedno pridržava Kodeksa medicinske etike i deonologije.

Član 6

Godišnja nagrada Ljekarske komore Crne Gore dodjeljuje se javnoj i privatnoj zdravstvenoj ustanovi koja je u toku tekuće kalendarske godine:

postigla posebno dobre rezultate u liječenju pacijenata; dobro organizovala rad;

omogućila kvalitetnu zdravstvenu zaštitu;

doprinijela unapređenju i poboljšanju uslova rada za doktore medicine u svojoj ustanovi.

Član 7

Nagrada se dodjeljuje najboljem studentu Studijskog programa medicine Medicinskog fakulteta u Podgorici i najboljem studentu, državljaninu Crne Gore, koji je na studijama Medicinskog fakulteta van Crne Gore postigao izuzetan uspjeh u studiranju i to:

u posljednjoj studijskoj godini;

koji je položio ispite iz svih predmeta u prethodnoj studijskoj godini predviđenih nastavnim planom i programom;

sa prosječnom ocjenom koja ne može biti niža od 9,00.

Nagrada se istom studentu može dodijeliti samo jednom tokom studija.

Član 8

U jednoj kalendarskoj godini dodjeljuje se po jedna nagrada: doktoru medicine, studentu medicine, javnoj zdravstvenoj ustanovi i privatnoj zdravstvenoj ustanovi.

Član 9

Inicijativu za dodjeljivanje nagrade mogu da podnesu sve javne i privatne zdravstvene ustanove, doktori medicine, Izvršni odbor Komore i Medicinski fakultet u Podgorici (za nagradu studentu).

Inicijativa za dodjeljivanje nagrade podnosi se u pisanoj formi sa obrazloženjem i razlozima za predlog nagrade u skladu sa članovima 5, 6 i 7 ovog Pravilnika i sa potrebnom dokumentacijom.

Član 10

Nagradu predlaže Komisija za nagrade, a odlučuje Izvršni odbor Komore.

Komisija za nagrade je sastavljena od predsjednika, zamjenika predsjednika i pet članova.

Predsjednika, zamjenika predsjednika i članove Komisije za nagrade imenuje Izvršni odbor Komore iz redova članova i zaposlenih u Komori.

Mandat predsjednika i članova Komisije za nagrade traje četiri godine.

Član 11

Ljekarska komora raspisuje Konkurs za godišnju nagradu iz člana 4, stav 1; alineja 1, 2 i 4 ovog pravilnika, u sredstvima javnog informisanja, a za nagradu iz člana 4, stav 1, alineja 3 obraća se Medicinskom fakultetu u Podgorici.

Konkurs traje 30 (trideset) dana.

Član 12

Komisija za nagrade, u postupku razmatranja inicijative za dodjelu nagrade, sarađuje sa javnim zdravstvenim ustanovama i privatnim zdravstvenim ustanovama, a može da konsultuje i renomirane stručnjake iz odgovarajuće zdravstvene oblasti.

Član 13

Komisija za nagrade može da razmatra i utvrđuje predlog ako je na sjednici prisutna većina članova od ukupnog broja članova komisije (kvorum).

Predlog se utvrđuje javnim glasanjem većinom glasova od ukupnog broja članova Komisije.

Predlog za dodjelu nagrade upućuje se Izvršnom odboru Komore na dalji postupak.

Na sjednicama Komisije za nagrade vodi se zapisnik.

Član 14

Izvršni odbor Komore odlučuje o dodjeli nagrade javnim glasanjem većinom glasova od ukupnog broja članova.

Član 15

Predsjednik, zamjenik predsjednika ili član Komisije za nagrade i predsjednik, zamjenik predsjednika ili član Izvršnog odbora koji je predložen za dodjeljivanje nagrade ne učestvuju u predlaganju i odlučivanju.

Član 16

Odluke za dodjeljivanje nagrade i drugih priznanja objavljuju se u sredstvima javnog informisanja i „Bil-tenu“ Ljekarske komore Crne Gore.

Član 17

Nagrađenom doktoru medicine dodjeljuje se Plaketa i novčani iznos u visini od 1000 (hiljadu) eura.

Nagrađenoj zdravstvenoj ustanovi dodjeljuje se Plaketa.

Nagrađenom studentu medicine Medicinskog fakulteta u Podgorici i nagrađenom studentu, državljaninu Crne Gore, koji je na studijama Medicinskog fakulteta van Crne Gore, dodjeljuje se Plaketa i novčani iznos u visini od 500 (petsto) eura.

Plaketa za doktora medicine i zdravstvenu ustanovu sadrži: logo Komore, ime nagrade, ime i prezime nagrađenog, odnosno naziv zdravstvene ustanove i za koju godinu se dodjeljuje nagrada.

Plaketa za najboljeg studenta sadrži: logo Komore, ime nagrade, ime i prezime studenta, godina studija, Medicinski fakultet u Podgorici ili Medicinski fakultet na kojem studira i za koju godinu se dodjeljuje nagrada.

Član 18

Sredstva za nagrade obezbjeđuje Komora.

Član 19

Izvršni odbor Komore dodjeljuje Zahvalnicu fizičkim i pravnim licima koja sarađuju sa Komorom i doprinose

uspjehu u ostvarivanju funkcije Komore.

Član 20

Nagrade i priznanja uručuju se na dan proslave dana Komore 20.06. (dvadeseti jun).

Član 21

Ovaj pravilnik stupa na snagu danom objavljivanja na internet stranici Ljekarske komore Crne Gore.

Član 22

Stupanjem na snagu ovog pravilnika prestaje da važi Pravilnik za dodjeljivanje nagrada, broj 140 od 20. 07. 2005. godine.

SKUPŠTINA LJEKARSKE KOMORE CRNE GORE

Predsjednik, dr Nebojša Sekulić

Pravilnik o nagradama i drugim priznanjima Ljekarske komore Crne Gore objavljen je na internet stranici Komore 06. marta 2019. godine i stupio je na snagu.

KLINIČKI CENTAR CRNE GORE

Klinički centar Crne Gore (KCCG) je referentna ustanova tercijarnog nivoa zdravstvene zaštite za cijelu Crnu Goru i sekundarnog nivoa za opštine Podgorica, Tuzi, Goluboci, Danilovgrad i Kolašin. U KCCG godišnje se liječi oko 40 hiljada bolesnika, dok se u Poliklinici obavi preko milion i 500 hiljada zdravstvenih usluga. U Centru za laboratorijsku dijagnostiku godišnje se uradi preko pet miliona analiza. Na nivou jedne godine se obavi preko 13 hiljada operacija, preko dvije hiljade malih intervencija u Urgentnom centru, preko tri hiljade porođaja i više 10 hiljada dijaliza. Sve to postižemo zahvaljujući dobroj organizaciji rada i angažmanu više od dvije hiljade i trista zaposlenih, od čega 260 specijalista, 89 supspecijalista, 190 doktora na specijalizaciji, uz suport visokog i srednjeg medicinskog kadra, koji sa pun profesionalno i posvećeno obavljaju svoj izuzetno težak i odgovoran posao.

U Kliničkom centru Crne Gore danas se rutinski izvode najsloženiji hirurški zahvati, zaživio je transplantacioni program, a gotovo svakodnevno se usvajaju i uvode nove dijagnostičke i terapijske procedure. Zahvaljujući tome, Klinički centar danas stoji rame uz rame sa renomiranim evropskim zdravstvenim centrima. Klinički centar je osposobljen da kvalitetno i efikasno pruža najsloženije zdravstvene usluge, ne samo crnogorskim osiguranicima, već i pacijentima iz okruženja i šire.



Put do ovako modernog, tehnološki, prostorno i kadrovski osposobljenog Kliničkog centra, koji danas može da odgovori i najsloženijim zahtjevima i potrebama pacijenata, nije bio nimalo lak. U dugoj tradiciji ove ustanove, urađeno je mnogo na unapređivanju zdravlja i primjeni novih tehnologija u dijagnostici i liječenju. Obezbeđivanje optimalne zdravstvene zaštite u KCCG zahtijeva stalni razvoj profesionalnih i tehnoloških kapaciteta i stvaranje operativnog i funkcionalnog sistema, koji se bazira na primjeni savremenih medicinskih tehnologija. Planskim ulaganjem u medicinsku edukaciju i razvojem usmjerenih stručnih obrazovnih programa znatno je podignut nivo ukupnog znanja i vještina, te je postignut razvoj visokospeci-

jalizovanih medicinskih usluga koje se danas pružaju u KCCG. Tehnološkom ekspanzijom, koja predstavlja neophodan uslov kvalitetne zdravstvene usluge, KCCG je uspio da održi korak sa savremenim tokovima u medicini savremenog doba.

Danas organizacionu strukturu KCCG čini 40 organizacionih cjelina, među kojima su 16 klinika, Institut za bolesti djece sa dvije klinike, sedam centara, Operacioni blok, dvije specijalističke poliklinike za oblasti medicine i stomatologije, tri odjeljenja, kao i administrativne i tehničko-inžinjerske službe i servise. U KC-u radi preko 2300 stalno zaposlenih, među kojima je 1700 zdravstvenih radnika, sa 89 doktora subspecijalista i 260 doktora specijalista.



Postojeći kadrovski i tehnološki resursi omogućavaju suvereno sprovođenje zdravstvene djelatnosti u KCCG za najveći broj neophodnih dijagnostičkih i terapijskih procedura.

Klinički centar Crne Gore raspolaže zavidnim brojem medicinskih aparata visoke tehnologije, kao što su, između ostalih, tri aparata za magnetnu rezonancu, dvije gama kamere, dva angiografa, tri multislajсна i jedan jednoslajсни CT, aparat za osteodenzitometriju, aparat za razbijanje kamenca u bubregu... Tokom prošle godine nabavili smo najsavremniji aparat magnetne rezonance MR Skyra, proizvođača Siemens. Vlada Crne Gore iz budžeta je za ovu namjenu izdvojila preko 1, 4 miliona eura, čime je Crna Gora ušla u novu eru dijagnostike, a KCCG svrstan u red malobrojnih evropskih bolničkih centara, koji posjeduju tehničke mogućnosti da građanima pružaju ovaj vid dijagnostike na aparatu, jedinstvenom na Balkanu. Takođe, KCCG je bogatiji za još jedan savremeni aparat. U pitanju je nova gama kamera, vrijedna oko 750 hiljada eura, koja je instalirana u Centar za nuklearnu medicinu Klinike za onkologiju i raditerapiju. To je aparat najnovije generacije sa najmanjim zračenjem, kojim se dobija kvalitetniji prikaz, odnosno bolja lokalizacija promjene. Zahvaljujući ovom aparatu uvešćemo novu metodu, a to je nuklearna kardiologija i raditi perfuzionu scintigrafiju srca značajnu za kardiologiju i kardiohirurgiju radi planiranja daljeg liječenja.

Krajem prošle godine pušten je u rad i novi linearni akcelerator, savremeni aparat, vrijedan preko 2,6 miliona eura, zahvaljujući kojem će se dodatno unaprijediti liječenje pacijenata, kojima je neophodna radioterapija.

Aparat spada u najsavremenije akceleratorne sisteme za izvođenje transkutane radioterapije, koji će po prvi put u Crnoj Gori omogućiti uvođenje najsavremenijih radioterapijskih tehnika. Zahvaljujući tome sada za ovu vrstu liječenja neće biti potrebe za upućivanje pacijenata u zdravstvene centre van Crne Gore, već se kompletan tretman može dobiti u Kliničkom centru.

U Institutu za bolesti djece obezbijedili smo najsavremeniju medicinsku opremu, kao što je aparat za magnetnu rezonancu od 1,5 T, zatim ultrazvučni aparat za kardiološke pacijente, ultrazvučni aparat za radiološku dijagnostiku, kompletnu opremu za Odjeljenje intenzivne njege, operacioni sto u operacionom bloku, kao i hirurške instrumente, a u toku je i nabavka novog skenera.

Organizacione jedinice u kojima se liječe najugroženiji pacijenti, kao što su Odjeljenje centralne intenzivne terapije, Pedijatrijska intenzivna njega, Intenzivna njega za novorođenčad, Centar za kardiohirurgiju, Centar za grudnu hirurgiju, Intenzivna jedinica Interne klinike, Koronarna jedinica Centra za kardiologiju, te Centar za dijalizu opremljeni su savremenim medicinskim aparatima visoke tehnologije.

Savremena medicinska oprema prati i uvođenje novih dijagnostičkih i terapijskih procedura. Tokom protekle

godine uspješno je počela primjena određenog broja izuzetno komplikovanih procedura, koje se izvode samo u nekoliko referentnih zdravstvenih centara u ovom dijelu Evrope.

U Institutu za bolesti djece, tim hirurga predvođen dr Sašom Radovićem, sproveo je rekonstruktivnu hiruršku metodu za eliminisanje urogenitalnih anomalija kod petnaestogodišnjeg dječaka. Ova metoda se može primijeniti i u slučaju drugih brojnih anomalija.

Na Klinici za neurologiju KCCG, po prvi put izvedena je savremena metoda u lije-



čenju moždanog udara - mehanička trobmektomija, kao i terapijska izmjena plazme. Ova procedura predstavlja postupak uklanjanja cirkulišućih antitijela iz krvi pacijenta filtrisanjem i njenim ponovnim vraćanjem u krvotok uz obogaćenje plazmom davaoca i albuminima. Na ovaj način se tretiraju brojne, potencijalno fatalne bolesti i centralnog, i perifernog nervnog sistema kao što su akutni i hronični inflamatorni demijelinacioni poliradikulo-neuritis, kao i druga brojna autoimuna oboljenja perifernih nerava, mijastenija gravis, teška pogoršanja multiple skleroze, optički neuromijelitis.

Pored toga, počela je primjena projekta telemedicine, koji je u prvoj fazi povezao KCCG sa opštim bolnicama u Beranama, Baru i Pljevljima. U sva četiri centra obezbijedeni su posebni prostori i savremeni uslovi za rad i mogućnost da ljekari dijagnostičke nalaze koji su urađeni u regionalnim centrima (npr. ultrazvuk, skener) odmah pošalju u jedinstvenu bazu, uz poštovanje svih zdravstvenih normi u razmjeni ličnih podataka pacijenata. Druga faza projekta obuhvata umrežavanje KCCG sa ostalim crnogorskim bolnicama, a nakon toga i sa centrima u regionu sa kojim KCCG ima potpisane sporazume o saradnji, a treća umrežavanje sa bolnicama u svijetu.

KCCG je i medicinski naučno-istraživački centar i nastavna baza Medicinskog fakulteta Univerziteta Crne Gore. Kao referentna ustanova za medicinsku edukaciju, KCCG posebnu pažnju posvećuje akademskom obrazovanju zaposlenih. Tako u našoj ustanovi danas radi preko 50 doktora medicinskih nauka, preko 50 magistra medicinskih nauka i tridesetak profesora i docenata Medicinskog fakulteta Univerziteta Crne Gore. Ovo potvrđuje da je kadar KCCG najveći zdravstveni kapital u koji se ulagalo i u koji ćemo i u budućnosti ulagati, jer su oni garant kvaliteta zdravstvenih usluga.

Uz veliku podršku Vlade Crne Gore, Ministarstva zdravlja i Fonda za zdravstveno osiguranje, ali i brojnih društveno odgovornih kompanija, značajna sredstva se ulažu u tehnološko i prostorno osavremenjavanje KCCG. Gotovo svaki segment ove zdravstvene ustanove je rekonstruisan i modernizovan, tako da je sada prijatniji ambijent za pacijente i kvalitetniji uslovi za rad zaposlenih.

Klinički centar Crne Gore, zahvaljujući kontinuiranom ulaganju u kadar i opremu, danas stoji rame uz rame sa renomiranim evropskim zdravstvenim centrima, a u narednom periodu menadžment ustanove, zajedno sa zaposlenima, nastaviće da radi na unapređenju uslova i tehnološkoj opremljenosti, kako bi crnogorski građani u svojoj zemlji dobili najkvalitetnije, najskuplje i najsloženije dijagnostičke i terapijske usluge. Cilj KCCG je da i u narednom periodu usvajanjem i primjenom novih znanja izvodimo najsavremenije i najzahtjevnije hirurške zahvate i terapijske procedure, što našu ustanovu preporučuje da postane renomirani regionalni centar, koji je osposobljen da zdravstvene usluge pruža, ne samo crnogorskim osiguranicima, već i pacijentima iz okruženja i šire.

dr Jevto Eraković

direktor Kliničkog centra Crne Gore

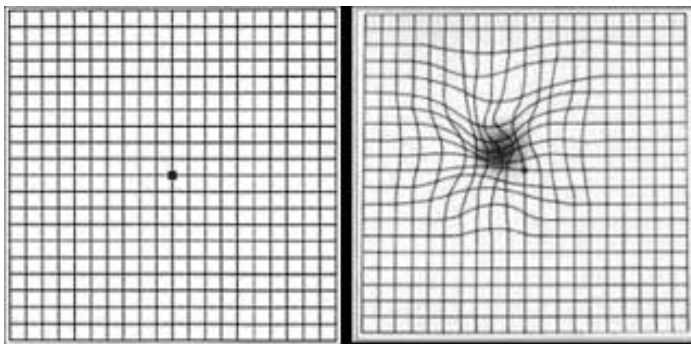
VITREORETINALNA HIRURGIJA NA KLINICI ZA OČNE BOLESTI KCCG

Poznato je da je vitreoretinalna hirurgija delikatnija i nasloženija hirurgija oka, koja zahtijeva, ne samo vrsnog hirurga, nego i specifične intrumente i savremenu opremu. Obično se izvodi kod pacijenata sa opsežnim promjenama u unutrašnjosti oka ili na mrežnjači koje su nastale usled povreda ili bolesti oka. Kako sam naziv kaže hirurgija se vrši na retini (mrežnjači) i staklastom tijelu. Mrežnjača je unutrašnja opna oka, koja sadrži fotoreceptore, a oni su najbrojniji i najosjetljiviji u tački jasnog vida (žutoj mrlji) gdje se i fokusiraju svjetlosni zraci. Svaka promjena u žutoj mrlji može dovesti do krivljenja slike, magljenja vida ili pojave tamne mrlje. Staklasto tijelo (corpus vitreum) je prozirna želatinozna struktura koja ispunjava 2/3 zadnjeg dijela očne jabučice, naprije do granice sa sočivom i cilijarnim tijelom, a ostalim dijelom mrežnjačom. Vitreus oku daje okrugli oblik i sprečava pomjeranje mrežnjače i cilijarnog tijela, a glavnu ulogu igra u hranjenju sočiva. Zapremina mu je 4 mililitra, a viskoznost 2 puta veća od viskoznosti vode. Sastavljen je od matriksa staklastog tijela (kolagena vlakna i hijaluronska kiselina) i vode oko 98%. Površina staklastog tijela je nešto gušća, pa se zato naziva membranom staklastog tijela ili vitrealnom membranom. Voda se nalazi unutar kanala koji sa kolagenim vlaknima i hijaluronskom kiselinom stvaravtrodimenzionalnu mrežu koja daje črstinu staklastom tijelu. Starenjem se mreža razlaže, formiraju se ciste napunjene tečnošću što može dovesti do pomjeranja i odvajanja vitrealne membrane. Klinički se ispoljava kao pojava "mušica", "kružića", "polumjeseca" i crnih tačkica u vidnom polju.

Vitrektomija - uklanjanje staklastog tijela pomoću instrumenata plasiranih kroz dva mala otvora na beonjači



Na Klinici za očne bolesti KCCG prva vitrektomija je izvedena 31. marta 2018. godine. Od tog dana pa do 31. decembra 2018. godine na našoj Klinici operisano je 30 pacijenata uz učešće konsultanata iz renomiranih



ustanova okruženja. Operacije su uglavnom izvedene kod dijabetičara koji su imali krvarenje u staklastom tijelu, kod pacijenata sa promjenama u tački jasnog vida kao što su rupa ili membrane u regiji žute mrlje i nekoliko povreda oka praćene potonućem sočiva. Kod tri pacijenta vitrektomija je kombinovana sa operacijom katarakte. Trajanje operacije je od jednog do nekoliko sati, u zavisnosti od težine stanja oka. Sve intervencije su izvedene u lokalnoj anesteziji. Koriste se instrumenti 23 gauge i 25 gauge koji omogućavaju rez od 0,6 mm i 0,

5 mm, što znači da je i hirurgija zadnjeg segmenta postala mikroincizionna i bezšavna, kao i hirurgija katarakte. Upotreba savremenog mikroskopa OPMI Lumera T firme Zeiss i optičkog sistema RESIGHT[®] 700 omogućila je savršenu vizualizaciju tokom operacije i vidljivost krajnje periferije očnog dna, što daje uslove za precizniju i sigurniju hirurgiju. Sve operacije su izvedene na aparatu Constellation firme Alcon sa ULTRAVIT–ultra brzim vitrektomom, što svodi intraoperativne komplikacije na minimum i Xenon osvjetljenjem koje nije fototoksično za mrežnjaču. Tokom operacije svim pacijentima se uklanja staklasto tijelo iz oka i mijenja vazduhom, gasom ili silikonskim uljem u zavisnosti od stanja oka. Gasni ili vazdušni mjehur se postepeno resorbuje, za 7 do 40 dana. Silikonsko ulje se uklanja iz oka poslije 2 do 4 mjeseca. Obično se pacijenti sa uljem i gasom moraju držati određenog položaja glave radi bolje stabilizacije retine. Pacijent sa gasom u oku ne smije putovati avionom niti se penjati na velike nadmorske visine, jer to može izazvati opasan skok intraokularnog pritiska (IOP). Često je vid zamagljen nekoliko nedelja. Vidna oština se postepeno popravlja, mada to može potrajati do nekoliko mjeseci.

Do prije nekoliko decenija promjene na mrežnjači nije ni bilo moguće liječiti, a pojedine i jako teško dijagnosticirati. Zlatni standard u otkrivanju promjena u žutoj mrlji i očnom dnu je optička koherentna tomografija (OCT), visokosofisticirana neinvazivna dijagnostička metoda, koja je na Klinici za očne bolesti prisutna od 2013. godine. Pored toga, u ranom otkrivanju patoloških promena na žutoj mrlji može da pomogne i jednostavan test takozvanom Amslerovom rešetkom, koja predstavlja sliku sa iscrtanim horizontalnim i vertikalnim pravim linijama, koju treba naizmenično gledati jednim, pa drugim okom i, ukoliko su neke od linija krive, bez odlaganja obratiti se oftalmologu.

Rana dijagnostika promjena na mrežnjači i staklastom tijelu i savremena bezšavna i mikroinvazivna hirurgija zadnjeg segmenta oka su zalag za uspješno liječenje pacijenata, što danas je moguće ostvariti i postići na Klinici za očne bolesti.

*Dr sci.med. Biljana Miloško-Šćepović
Klinika za očne bolesti KCCG*

NEURORAZVOJNA TERAPIJA - BOBATH KONCEPT

NDT-Bobath koncept pruža interdisciplinarni pristup koji prilikom procjene, tretmana i vođenja bilo kojoj osobi s ograničenim mogućnostima zbog motoričkog oštećenja; uključujući tonus i obrasce kretanja, senzoričku, perceptivnu i kognitivnu funkciju; a nastalim kao posljedica poremećaja centralnog nervnog sistema, omogućuje sudjelovanje u svakodnevnom životu. EBTA (2004.) odnosno: „Bobath koncept je **problem-solving pristup procjene i terapije osobe s poremećajem funkcije, pokreta i posturalne kontrole**, zbog lezije centralnog nervnog sistema. IBITA (1996.)

Koncept neuro razvojnog tretmana (NRT) empirijski su osmislili Bertha Bobathi Karel Bobath. NRT je cjelovit pristup koji vodi računa o idealnoj koordinaciji, a ne samo o problemima pojedinačnih mišićnih funkcija. Obuhvata cijelu osobu, ne samo senzorno-motorne problem, već i razvojne probleme, perceptivno-kognitivne poremećaje, emocionalne, socijalne i funkcionalne probleme svakodnevnog života.

Kada govorimo o dječijoj populaciji središnji interes smjernica (re)habilitacije djece s neurorazvojnim poremećajima jeste identifikacija neurorizične djece. Neurorizična djeca nisu uvijek i djeca s neuromotoričkim odstupanjem. Neurorizična djeca čine 10 do 15% novorođenih. Kod 50% djece s neurorizikom dolazi do neurorazvojnog odstupanja s mogućim trajnim posljedicama.

Jako je važna dobra procjena od strane neuropedijatra kako bi se već u prvim mjesecima života uočila odstupanja u neuromotornom razvoju djeteta. Vrste oštećenja mogu biti izražene u motoričkom ponašanju, komunikacijskim sposobnostima, senzornoj i kognitivnoj funkciji uzrokovanoj poremećajem centralnog nervnog sistema.

Bobath koncept se temelji na detaljnoj analizi i razumijevanju senzomotornih funkcija, tonusa i obrazaca kretanja, te njihovog uticaja na svakodnevni život djeteta. Uključuje cijelu osobu, a naglasak je na pokretu, funkcionalnoj aktivnosti, kao i na koordinaciji obrazaca kretanja. Tako se pomaže djetetu da dobije veću kontrolu nad svojim tijelom u interakciji sa okolinom. Bobath koncept djecu s poteškoćama u razvoju ne uči pokretima, nego im omogućava da pokrete naprave sami.

Ranim uključivanjem djeteta u terapiju i pravilnom rehabilitacijom koja koristi rezervne potencijale centralnog nervnog sistema može se postići ili potpuno uklanjanje odstupanja u razvoju djeteta ili smanjenje kasnijeg invaliditeta.

Veliku ulogu u primjeni Bobath koncepta imaju i sami roditelji, koje je potrebno edukovati, kako bi zajedno sa terapeutom i ostalim članovima tima učestvovali u rehabilitaciji svog djeteta.

Ministarstvo zdravlja CG je prepoznalo značaj i potrebu edukacije iz NRT fizioterapeuta u JZS, koji rade u centrima i jedinicama za djecu sa posebnim potrebama pri DZ i u KBC. Institut Igalo je mjesto održavanja kursa, a samu edukaciju sprovodi Centar za RN terapiju iz Ljubljane.

Voditeljica kursa je Neda Rotar, PT, Senior Bobath tutor, Slovenija sa ekipom.

Kurs je baziran prema EBTA standardima (European Bobath Tutors Association) i podijeljen je u dva dijela po 4 sedmice, a sastoji se od demonstracije i praktičnog dijela nastave koji se održava od ponedjeljka do petka, od 08:00 do 16:30. Vikendi su slobodni uz mogućnost odrade nekog zadatka. U toku kursa polaznici će biti ocjenjeni u pismenom i praktičnom radu kao i usmenoj prezentaciji. Nakon uspješno završenog kursa polaznici dobivaju Certifikat EBTA.

Kurs pohađa 22 učesnika, od čega je 8 terapeuta iz JZS CG, 4 terapeuta i logoped iz Instituta Igalo, kao i 8 samofinansirajućih fizioterapeuta iz Crne Gore i jedan iz inostranstva.

Bobath metoda je na svjetskom planu prepoznata kao provjerena metoda fizikalne neuroedekacije. Završetkom ove edukacije kvalitet rada u Centrima za djecu sa posebnim potrebama će se značajno poboljšati. Ujedno će se harmonizovati pristup pacijentima koji koriste prava na medicinsku rehabilitaciju na tercijarnom nivou (Institut Igalo)¹ sa pristupom koji dijete ima kada se nalazi kod kuće i odlazi na redovne terapije održavanja u mjestu boravka. Na ovaj način bi se obezbjedio pozitivan učinak kontinuirane rehabilitacije bez kojeg nema rezultata kod hronično oboljele djece i djece sa invaliditetom, na šta ova djeca imaju pravo.

*Dr Marina Delić
Institut "Dr Simo Milosevic" Igalo*

¹ Pravilnika o izmjenama i dopunama pravilnika o indikacijama i načinu korišćenja medicinske rehabilitacije u zdravstvenim ustanovama koje obavljaju specijalizovanu medicinsku rehabilitaciju, Dec 2016./Jun 2018.

ORTOKIN (ORTHOKIN) TERAPIJA I U CRNOJ GORI

Ortokin (orthokin) terapija predstavlja novu disciplinu u ortopediji koja je nastala prije 22 godine u Evropi, a koja se od 2017 godine uspješno primjenjuje u Specijalnoj bolnici Dr Medtim.

Ovo je nova biološka terapija autolognim kondicioniranim serumom koji proizvodi, između ostalog, blokatore interleukina 1, koji je glavni uzročnik bola i propadanja hrskavice. Shodno tome, da je interleukin 1 glavni sastojak propadanja zglobove hrskavice, a da spojen sa svojim receptorima hrskavice dovodi do celularnog i molekularnog poremećaja sa izmijenjenom funkcijom citokina, dolazi do gubitka prirodnog procesa izliječenja hrskavice. Autologni obogaćeni serum sadrži antagonist ovog receptora, sprečava spajanje interleukina 1 sa ovim receptorom, pa na taj način onemogućava dalje propadanje zglobove hrskavice. Serum, koji se proizvodi ovom terapijom ima šest do osam faktora rasta, koji su veoma bitni, jer podstiču oporavak tkiva, epitelitaciju, spontano zatvaranje rana, stvaranje vezivnog tkiva i aktivaciju fibroblasta na mjestu povrede. Osim toga serum koji se izdava ima analgetsko, antiinflamatorno i regenerativno dejstvo, zbog supstanci koje sadrži. Postupak same terapije je veoma jednostavan. Medicinska sestra (licencirana) uzima uzorak venske krvi pacijenta u specijalnu epruvetu – monovetu (EOT). Posebne staklene kuglice unutar monovete privlače ćelije krvi i podstiču sintezu antizapaljenskih prote-



ina: citokina i faktora rasta. Monovete se inkubiraju na 37°C, a inkubacija traje od šest do osam sati. Krv se uzima najčešće u prijedopodnevnim satima. Pacijent prethodne noći može da večera i normalno da uzima tečnost, a ujutro može da doručkuje. Potrebno je da uzima više tečnosti, jer je tada serum kvalitetniji. Terapija se ne preporučuje kod osoba sa malignim

oboljenjima, 4 (četiri) nedelje nakon vakcinacije i za vrijeme uzimanja antibiotika ili kortikosteroida. Zatim se u postupku centrifugiranja ćelije krvi odvajaju od seruma. Finalno dobijamo 5 injekcija seruma, koje se zavisno od indikacije, ubrizgavaju u oboljeli zglobov ili drugu regiju tijela. Prva doza se daje odmah. Serum obogaćen visokom koncentracijom antizapaljenskih proteina se čuva zamrznut i može se upotrijebiti i do godinu dana.

Preporuka je da se nakon primljene doze dva dana pacijent suzdržava od sportskih aktivnosti i dužeg pješaćenja. Nakon dva dana se mogu nastaviti sve redovne aktivnosti.

Ovaj vid biološke terapije omogućava prirodno poboljšanje i oporavak oštećenih tkiva i to:

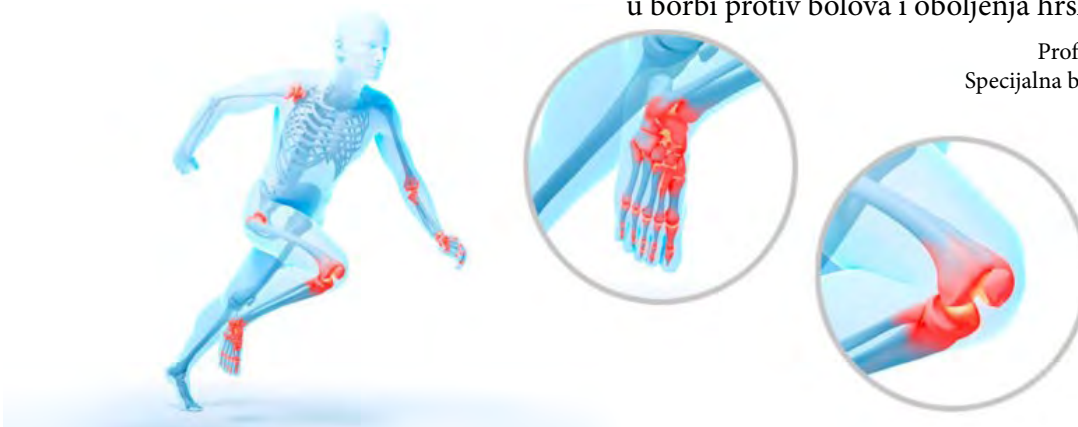
- zglobova koljena, kuka, ramena kod osteoartritisa
- zglobne hrskavice posle traumatskih oštećenja
- lumboišijalgije (lumboishialgia)
- traumatske rupture mišića

- patoloških promjena tetiva i ligamenata
- drugih zapaljenskih i posttraumatskih stanja.

Ortokin (orthokin) se preporučuje kod povreda ahilove tetive, rekonstrukcije prednjih ukrštenih ligamenata, a najprije kod sportske ortopedije. Primjenjuje se kao terapija zbog boljeg i bržeg zarastanja nakon tih operacija. U Specijalnoj bolnici Dr Medtim ortokin (orthokin) terapija se najviše primjenjuje kod koljena i skočnih zglobova. Svi pacijenti su liječeni od strane licenciranih ljekara i medicinskog osoblja po protokolima ortokin terapije.

Ortokin (orthokin) terapijski sistem je jedinstven način liječenja bolova u zglobovima, kao i povreda tetiva, ligamenata i mišića, bez dodataka lijekova i drugih supstanci. Ova metoda liječenja je u potpunosti biološka i ne koristi ništa drugo osim vlastitih endogenih proteina i faktora zaliječenja. Upravo zbog toga što su doze i indikacije standardizovane, jer su zasnovane na naučnim studijama i dugogodišnjem iskustvu, postavljaju temelje za unaprijeđenje terapija u borbi protiv bolova i oboljenja hrskavice.

Prof.dr Zoran Popović
Specijalna bolnica Dr Medtim





Crna Gora

MINISTARSTVO ZDRAVLJA

DEPRESIJA

NACIONALNE SMJERNICE DOBRE KLINIČKE PRAKSE

RADNA GRUPA ZA IZRADU SMJERNICA

Dr Aleksandar Tomčuk Dr Jovo Đedović
Stručni tim Trimbos instituta Kraljevine Holandije

RECENZIJA

Prof. dr Lidija Stevović Injac

PREDGOVOR

Smjernice su osmišljene tako da pomognu kliničarima i zdravstvenim radnicima tokom postavljanja dijagnoze, liječenja i vođenja pacijenata sa depresijom i njihovih njegovatelja utvrđivanjem prednosti raznih pristupa liječenju depresije, zasnovano na prethodnim istraživanjima i postojećim međunarodnim smjernicama o liječenju i praćenju pacijenata oboljelih od depresije. Dominantni cilj ovih smjernica jeste da se daju preporuke za zdravstvene radnike o liječenju i vođenju pacijenata sa depresijom. Treba konstatovati da iako se očekuje da će zdravstveni radnici slijediti preporuke date u ovim smjernicama, nije namjera smjernica da budu isključivi vodič za klinički tretman depresije. Odluke koje se odnose na njegu treba da ostvare ravnotežu između konsultacija sa pacijentom i njegovateljem, pozivanja na ove smjernice i dobre kliničke procjene, vodeći računa o dijagnostičkom i terapijskom kontekstu.

Smjernice počinju kratkim uvodom o depresijikod odraslih osoba, sa osvrtom na postojeću literaturu, zatim slijedi Poglavlje 2, koje se bavi razmatranjem modela identifikacije slučaja i pružanja usluga. Poglavlje 3 bavi se psihološkim/psihosocijalnim intervencijama (visokog i niskog intenziteta), a poglavlje 4 farmakološkim intervencijama.

Nivo preporuke i nivo dokaza

Sve preporuke navedene u daljem tekstu se, prema stepenu neophodnosti njihove primjene u kliničkoj praksi, mogu razvrstati u tri kategorije, označene rimskim brojevima u zagradama:

1. Preporuke čija je primjena neophodna u svim slučajevima, koje su čvrsto potkrijepljene dobro

oblikovanim eksperimentalnim, kliničkim ili epidemiološkim istraživanjima.

2. Preporuke srednjeg stepena, čija primjena je potrebna u većini slučajeva. Dobro potkrijepljene naučnim istraživanjima i sa čvrstom teoretskom logičnom podlogom.
3. Može biti preporučljivo u pojedinačnim slučajevima. Često zasnovano na konsenzusu mišljenja ili stavovima eksperata

POGLAVLJE 1: UVOD

DEFINICIJA DEPRESIJE

Depresija predstavlja spektar problema mentalnog zdravlja, koja se sva kategorišu odsusutvom pozitivnog afekta (gubitak interesovanja i uživanja u običnim stvarima i iskustvima), neraspoloženjem i čitavim nizom fizičkih, bihevioralnih i kognitivnih simptoma. Pojava simptoma depresije može se posmatrati u kontinuuumu ozbiljnosti (Lewinsohn et al., 2000), što znači da što je veća ozbiljnost depresije, to je veći morbiditet i negativne posljedice (Kessing, 2007; Lewinsohn, Solomon, Seeley, & Zeiss, 2000). Jaka depresija, na primjer, karakteriše se kako ozbiljnošću, tako i upornošću simptoma, uz određeni nivo narušenosti funkcionalnih i društvenih aspekata. Kada se to razmatra zajedno sa drugim aspektima koje treba uzeti u obzir, kao što su trajanje, faza bolesti i istorijat liječenja, javljaju se značajni problemi kod pokušaja kategorisanja depresije. Bihevioralni i fizički simptomi uobičajeno uključuju sklonost plaču, razdražljivost, povlačenje iz društva, pogoršanje već postojećih bolova, povećanu napetost mišića, gubitak libida, zamor i smanjenu aktivnost (Gerber et al., 1992; Tylee & Gandhi, 2005). Ostali uobičajeni simptomi uključuju gubitak (ili smanjenje) sna i smanjen apetit, a sa druge strane se može desiti

da se san i apetit pojačavaju kod osoba koje pate od depresije. Bihevioralni simptomi na koje se često pacijenti žale mogu da uključuju uznemirenost i anksioznost. Uobičajeni su i gubitak interesovanja i uživanja u svakodnevnom životu i osjećanje krivice, bezvrijednosti i pojava uvjerenja da osoba zaslužuje kaznu, kao i niži nivo osjećanja sopstvene vrijednosti, gubitak samopouzdanja, osjećanje bespomoćnosti, suicidalne ideje i pokušaji samopovređivanja i samoubistva.

Kognitivni simptomi uključuju slabu koncentraciju i smanjenu pažnju, pesimistična i stalna negativna razmišljanja o samom sebi, sopstvenoj prošlosti i budućnosti, mentalno usporavanje i ponavljanje istih misli (Cassano & Fava, 2002).

Depresiju često prati anksioznost i u takvim slučajevima može se postaviti dijagnoza depresivnog sindroma ili nekog od anksioznih poremećaja ili pak komorbiditeta (kada su obje grupe simptoma ispod najnižih kvalifikujućih za svaki od ova dva poremećaja, zavisno od toga koja konstelacija simptoma dominira kliničkom slikom). Ispoljavanje depresije može da varira sa uzrastom; na primjer, adolescenti i mladi ljudi mogu da pokazuju više bihevioralnih simptoma u odnosu na starije odrasle osobe koje mogu da imaju više somatskih tegoba, a manje da se žale na neraspoloženje (Ell, 2006; Serby & Yu, 2003).

Prema ICD-10 ili DSM-5 klasifikaciji, teška depresija (major depresija) obično se dijagnostifikuje kod prisustva trajnog neraspoloženja i odsustva pozitivnog afekta. Prati je niz simptoma. Kod nekih osoba depresija se ispoljava atipično, sa reaktivnim raspoloženjem, povećanim apetitom, porastom tjelesne težine i pretjeranom pospanošću uz karakterističnu preosjetljivost na odbacivanje i to se klasifikuje kao teška depresija sa atipičnim karakteristikama. Kod ostalih pacijenata,

ispoljavanje depresije može da bude ozbiljnije i tipično sa izraženom fizičkom usporenošću ili uznemirenošću, potpunim izostankom afektivnih reakcija na pozitivne događaje i uz čitav niz somatskih simptoma, kao što su gubitak apetita i mršavljenje, često i opstipacijom, manjak sna sa posebnom pojavom ranog buđenja i nemogućnosti sa se ponovo zaspi. Takvo ispoljavanje se definiše kao teška depresija sa melanholičnim karakteristikama ili depresivna epizoda sa somatskim simptomima, zavisno od klasifikacionog sistema. Kod ljudi koji pate od ozbiljne depresije mogu da se jave i psihotični simptomi (halucinacije i/ili sumanute ideje), kada može biti teško te simptome razlikovati od onih koji se javljaju kod drugih psihoza, kao što je shizofrenija.

SIMPTOMI, ISPOLJAVANJE, OBRAZAC BOLESTI, TOK I PROGNOZA

Većina ljudi svoju prvu epizodu jake depresije ima u mlađoj odrasloj dobi (u svojim srednjim dvadesetim godinama), međutim, depresivne epizode mogu se javiti već u djetinjstvu i trajati sve do starosti (Fava & Kendler, 2000). Prodromalni period (period između prvog ispoljavanja kliničkih simptoma i punog razvoja bolesti) varira: dok neki doživljavaju čitav niz simptoma u mjesecima koji prethode punom razvoju bolesti, kod drugih se može prilično brzo razviti ozbiljna jaka depresivna bolest, a nije neuobičajeno da to uslijedi nakon nekog krupnog stresnog životnog događaja. Kada se opisuju somatske tegobe, kliničar može da istraži moguća pripadajuća fizička stanja dok promjene raspoloženja ne postanu očigledne.

Depresija može biti vremenski ograničen poremećaj koji traje između 4 i 6 mjeseci uz potpuni oporavak; međutim, djelimični oporavak, ponovno javljanje i hronična depresija sve su uobičajeniji. Ljudi kod kojih

se depresija rano javi ili kod kojih se depresija dijagnosticira u starijoj dobi posebno su podložni ponovnom javljanju depresije (R. C. Kessler et al., 2003; R. Kessler et al., 2010; Mitchell & Subramaniam, 2005). Iz tog razloga, iako su izgledi za prvu epizodu dobri, izgledi za ponovljene epizode mogu biti loši na dugi rok. Ponekad ponovljene epizode depresije slijede sezonski obrazac poznat kao 'sezonski afektivni poremećaj' (SAD; Rosenthal et al., 1984). Iako se sezonski obrazac može primijeniti i na povratnu (rekurentnu) depresiju i na bipolarni poremećaj, čini se da je kod povratne (rekurentne) depresije češći (70 do 80%) (Westrin & Lam, 2007) sa daleko češćom ponavljajućom zimskom depresijom nego što su to ponovljene ljetne epizode (Magnusson & Partonen, 2005). **Depresija sa sezonskim obrascem** odnosi se na depresiju koja se ponovljeno javlja u isto doba godine (a nije izazvana psihosocijalnim stresom) sa remisijom u međuvremenu i bez dominantnosti nesezonske depresije tokom čitavog života. Gotovo je uvijek prisutna smanjena aktivnost, a uobičajeni su i atipični depresivni simptomi, posebno povećan san, dobijanje težine i želja za ugljenim hidratima (Magnusson & Partonen, 2005). Međutim, u Evropi se slabo prihvata validnost sezonskih afektivnih poremećaja (SAD) i zagovara se da predstavlja ekstremni oblik izražene 'karakteristike sezonalnosti', a ne konkretnu dijagnozu. Nakon praćenja od 5 do 11 godina, kod gotovo polovine onih koji pokazuju kontinuirane depresivne epizode više nije prisutan sezonski obrazac (Magnusson & Partonen, 2005). Do 10% ljudi sa depresijom kasnije dožive hipomanične/manične epizode (Kovacs, 1996), što naglašava potrebu ponovnog ispitivanja pacijenata o istorijatu povišenog raspoloženja i opreza vezano za epizode u nastajanju.

INVALIDITET I MORTALITET

Depresivni poremećaji predstavljaju drugi vodeći uzrok godina izgubljenih usljed invaliditeta (YLDs), pri čemu na teške depresivne poremećaje otpada 8,2% globalnog YLD, a na distimiju 1,4% (Ferrari et al., 2013). Depresivni poremećaji takođe su i vodeći uzrok „godina života korigovanih u odnosu na nesposobnost“ (*disability adjusted life years DALY*).

Osim subjektivnih doživljaja ljudi koji pate od depresije, značajan je i uticaj na funkcionisanje u društvu i na poslu, na fizičko zdravlje i na stopu smrtnosti. Depresivna bolest izaziva veći invaliditet nego najvažnija hronična fizička oboljenja: angina, artritis, astma i dijabetes (Moussavi et al., 2007). Emocionalni, motivacioni i kognitivni efekti značajno umanjuju sposobnost osobe da efektivno radi, što dovodi do gubitka ličnih i porodičnih prihoda, kao i do izgubljenog doprinosa društvu u smislu poreskih prihoda i radnih sposobnosti. Širi društveni efekti uključuju: veću zavisnost od sistema socijalne zaštite i davanja, uz gubitak samopoštovanja i samouvjerenosti; smanjenu sposobnost društvenog funkcionisanja, uključujući smanjenu sposobnost komuniciranja i održavanja odnosa tokom bolesti; i dugoročno smanjenje sposobnosti društvenog funkcionisanja, posebno za one koji imaju hroničnu ili ponavljajuću (rekurentnu) depresiju.

Depresija može da pogorša i bol, nelagodu i invaliditet povezan sa problemima fizičkog zdravlja, kao i da negativno da utiče na njihov ishod. Depresija u kombinaciji sa problemima fizičkog zdravlja više narušava zdravlje nego što bi to bio slučaj kod samog fizičkog oboljenja ili čak i kombinacije fizičkih oboljenja (Moussavi et al., 2007). Osim toga, nalazi ukazuju na to da za čitav niz problema fizičkog zdravlja postoji povećan rizik od smrtnog ishoda u slučaju komorbiditeta sa depresijom

(Cassano & Fava, 2002). Na suicid otpada gotovo 1% svih smrtnih ishoda, a gotovo dvije trećine te brojke obuhvata ljude koji pate od depresije (Sartorius, 2001); drugim riječima, depresija više od četiri puta povećava rizik od samoubistva u odnosu na opštu populaciju (Bostwick, 2000). Često se negativno odražava i na bračne i porodične odnose, a depresija roditelja može da dovede do zanemarivanja djece i značajnih poremećaja kod djece (Ramchandani & Stein, 2003).

INCIDENCA I PREVALENCA DEPRESIJE

Stopa depresije varira u različitim kontekstima i među studijama (zbog različitih načina procjene i društvenih okolnosti) međutim u prosjeku 4 do 10% populacije će vjerovatno iskusiti značajnu depresiju, dok oko 2,5 do 5% iskusi hronične depresivne simptome niskog stepena, takođe poznate i kao distimija (Waraich, Goldner, Somers, & Hsu, 2004). Stope depresije su približno 1,5 i 2,5 puta veće kod žena nego kod muškaraca (Waraich et al., 2004). Niz društveno-ekonomskih faktora može da utiče na stope rasprostranjenosti depresije, uključujući siromaštvo, nezaposlenost, loše stambene okolnosti, čestu selidbu i niže formalne obrazovne kvalifikacije.

DIJAGNOZA

Dijagnoza depresije je početna tačka u razmatranju najprikladnijeg načina za pomoć datom pojedincu u njegovim posebnim okolnostima. Da bi se postavila dijagnoza depresije, simptomi bi trebalo da traju bar dvije sedmice što uključuje i prisustvo bar jednog od glavnih simptoma (istrajna tuga/neraspoloženje i/ili znatan gubitak zadovoljstva ili interesovanja). Treba procijeniti ozbiljnost simptoma i njihov uticaj na funkcionisanje.

Ljekari treba da imaju znanje o kriterijumima za blagu,

umjerenu i tešku depresivnu epizodu prema ICD-10 klasifikacionom sistemu.

U ovim smjernicama se koriste sledeće definicije depresije koje su prilagođene iz najnovijih podataka NICE smjernica (Centre & Health, 2009; NICE, 2009):

Tabela 1: Kriterijumi za procjenu ozbiljnosti depresije

Kategorija	Kriterijumi
Depresivni simptomi ispod najnižih kvalifikujućih	Manje od pet simptoma depresije za blagu depresivnu epizodu prema kriterijumima ICD- 10 kvalifikacije
Blaga depresija	Par, ako ih uopšte ima, simptoma od pet neophodnih za dijagnozu, a ti simptomi uzrokuju samo blago pogoršanje funkcija
Umjerena depresija	Simptomi ili pogoršanje funkcija su između blagih i teških
Teška depresija	Većina simptoma prisutna, a simptomi značajno utiču na funkcionalnost. Pojavljuju se sa ili bez psihotičnih simptoma. Međutim, dijagnoza koja koristi tri gore navedena činioca (težina-ozbiljnost, trajanje i tok) pruža samo djelimičan opis individualnog iskustva depresije.

Psihijatrijski komorbiditet sa depresijom je čest, uključujući anksioznost, socijalnu fobiju, panični poremećaj i različite poremećaje ličnosti (Brown, Campbell, Lehman, Grisham, i Mancill, 2001). Rod i društveno-ekonomski faktori su odgovorni za velike varijacije u stopama depresije kod stanovništva. Shodno tome, izbor metoda liječenja komplikovan je proces koji uključuje pregovara-

nje i razgovor s pacijentima i uzevši u obzir ograničeno znanje koje trenutno posjedujemo o tome koji činioci su povezani sa boljom reakcijom na antidepresive ili psihoterapiju, većina odluka se zasniva na kliničkoj procjeni i želji pacijenta. U nejasnim slučajevima mogu biti opravdana probna liječenja, ali o toj nejasnoći se mora razgovarati sa pacijentom, te pažljivo pratiti poboljšanje koji donosi liječenje.

ETIOLOGIJA I DODATNI ČINIOCI KOJI UTIČU NA DEPRESIJU

Ogromne varijacije u načinu ispoljavanja, toku i ishodu depresivnih poremećaja ogledaju se u širini teorijskih objašnjenja njihove etiologije, uključujući genetske (Kenneth S. Kendler i Prescott, 1999), biokemijske, endokrine i neurofiziološke (Malhi, Parker, i Greenwood, 2005), psihološke i socijalne procese i/ili činioce. Poseban naglasak koji se stavlja na teorije fizičkih uzroka, posebno endokrinih, potaknut je otkrićem da neke fizičke bolesti povećavaju rizik od depresije, uključujući dijabetes, srčane bolesti, hipertireozu, hipotireozu, Kušingov sindrom, Adisonovu bolest i hiperprolaktinemičnu amenoreju (Cassano i Fava, 2002).

Novine u neurološkom snimanju su dodatno podržale shvatanje depresije kao poremećaja strukture i funkcije mozga (Drevets et al., 2008), a psihološka otkrića naglašavaju važnost kognitivnih i emocionalnih procesa. Skorašnje vjerovanje je da kombinacija svih ovih činioca uzrokuje ranjivost na depresiju, međutim, tačan način na koji ovi činioci međusobno utiču i uzrokuju ranjivost varira. Pored toga, činioci identifikovani kao mogući uzroci povećanja ranjivosti neke osobe na depresiju uključuju rod, genetske i porodične činioce, negativna iskustva iz djetinjstva, ličnost i socijalne uslove. Po modelu stresa i ranjivosti (Nuechterlein & Dawson,

1984), činioci ranjivosti uzajamno djeluju sa socijalnim ili fizičkim izazivačima kao što su stresni životni događaji ili fizičke bolesti pri izazivanju depresivnih epizoda. Porodična istorija depresivnih bolesti objašnjava oko 39% varijanse depresije kod oba pola (K S Kendler, Gardner, Neale, & Prescott, 2001), a događaji iz ranog djetinjstva kao što su loš odnos između roditelja i djeteta, bračne nesuglasice i razvod, zanemarivanje i fizičko i seksualno zlostavljanje skoro zasigurno povećavaju ranjivost osobe na depresiju kasnije u životu (Fava & Kendler, 2000). Lične osobine kao što je 'neurotičnost' takođe povećavaju rizik od depresije kada su suočeni sa stresnim životnim događajima (Fava & Kendler, 2000). Takođe je uočeno da posebne varijacije kod određenih gena povećavaju vjerovatnoću da će pojedinci iskusiti depresiju kada se suoče sa životnim događajima (Caspi et al., 2003). Ostale socijalne i ekonomske okolnosti kao što su siromaštvo, beskućništvo, nezaposlenost i hronične fizičke ili mentalne bolesti mogu da pogoršaju ili uzrokuju depresiju.

Uz uzimanje etiologije pojave depresivnih epizoda u obzir, jednako je važno uzeti u obzir činioce koji održavaju ili produžavaju depresiju zato se intervencije mogu potencijalno usmjeriti na njih. Iako su mnoge studije istražile činioce koji predviđaju ishod bolesti (uključujući ranije doba pojavljivanja, veću ozbiljnost i hroničnost, trajni socijalni stres, komorbiditet sa ostalim psihijatrijskim ili fizičkim poremećajima i određenim tipovima poremećaja ličnosti), nije dovoljno jasno što određuje koliko dugo će depresivna epizoda da traje, zašto toliko varira među pojedincima i zašto za neke postaje dugotrajna. Klinički je takođe očigledno da depresija, posebno kada traje dugo, može da izazove sekundarni invaliditet koji raste i kojeg je teško razlikovati od same depresije. Karakteristike uključuju gubitak

samopouzdanja i nezavisnosti, osjećaj bespomoćnosti i beznadežnosti (koji povećava rizik od samoubistva) i prestanak učestvovanja u spoljašnjim aktivnostima sa socijalnim povlačenjem. To su aspekti na koje se često usmjeravaju organizacije i intervencije samopomoći, ali za koje ne postoji dovoljno sistematskih dokaza.

EKONOMSKI TROŠAK DEPRESIJE

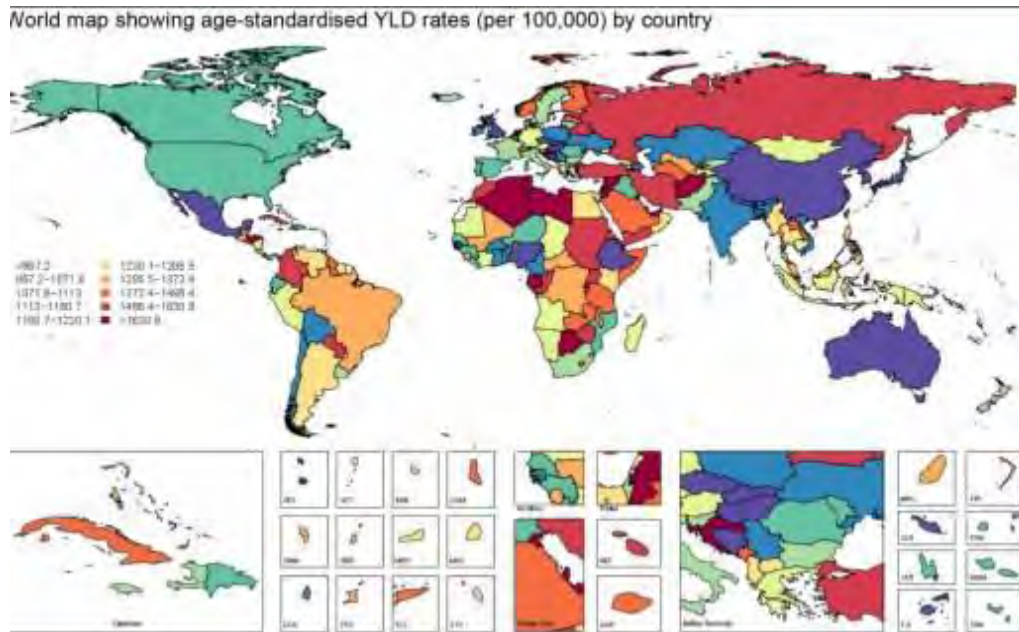
Depresija predstavlja značajan ekonomski teret za korisnike socijalnih usluga, njegovatelje, zajednicu i zdravstvene sisteme širom svijeta. Ovaj teret je očit kroz svoj uticaj na smanjenu produktivnost na radnom mjestu, povećanu odsutnost s posla i povećano korištenje socijalnih usluga. U Evropi, ukupan godišnji trošak depresije je procijenjen na 118 milijardi eura u 2004. (od čega su direktni troškovi približno 42 milijarde (Sobocki, Jönsson, Angst, & Rehnberg, 2006). Štaviše, Thomas i Morris (2003) tvrde da je uticaj na izgublenu radnu snagu i produktivnost 23 puta veći od troškova zdravstvenih usluga (Thomas & Morris, 2003). Ljudi oboljeli od depresije imaju tri puta veće šanse da će odsustvovati s posla (to je jednako 15 dana godišnje) od radnika bez depresije/anksioznosti; stoga je depresija glavni uzrok smanjene produktivnosti dok su na poslu, u smislu 'smanjenog broj radnih dana' (Kessler et al., 2003). Ovakva smanjena produktivnost na radnom mjestu se vjerovatno neće adekvatno mjeriti stopama odsutnosti i dodatno naglašava skrivene troškove depresije (Knapp, 2003).

POGLAVLJE 2: PRISTUP LIJEČENJU DEPRESIJE U CRNOJ GORI

Prognoza Svjetske zdravstvene organizacije da će do 2020. godine depresija predstavljati drugi po važnosti uzrok tereta bolesti najvjerovatnije stoji i u slučaju Crne Gore. Činjenica da je 90-tih godina prošlog vijeka broj izbjeglica iz ratom pogođenih područja bivše Jugoslavije predstavljao više od 20% ukupnog stanovništva (650.000 stanovnika), da tokom proteklih dvadeset godina zemlja prolazi kroz proces tranzicije, sa relativno visokom stopom nezaposlenosti i ekonomskom nesigurnošću, sve dodatno pogoršano globalnom ekonomskom krizom, svrstava Crnu Goru među zemlje sa visokim stopama depresije.

U jednoj studiji koja je objavljena u PLOS Medicine, a koristi podatke o rasprostranjenosti, učestalosti i trajanju, ustanovljeno je da depresija predstavlja drugi po redu uzrok invaliditeta, sa više od četiri posto svjetske populacije njome pogođenim.

Na ovoj mapi, Crna Gora se nalazi među zemljama sa velikim procentom depresije. Među zemljama u ovom regionu, slični podaci nalaze se još samo u Hrvatskoj, dok su naši ostali susjedi, sudeći po podacima, u prosjeku manje depresivni.



Studija o suicidu u Crnoj Gori u periodu od 1995-2005. godine (Doktorska disertacija, Stevović- Injac L., 2011) pokazala je da je ukupan broj samoubistava bio 1771, a prosječna stopa suicida je 23,1/100.000 stanovnika, čime se svrstava među zemlje sa visokom stopom suicida. Najviše stope suicida po godinama obuhvaćenim istraživanjem poklopile su se sa krupnim ekonomskim i političkim promjenama u zemlji.

Najnoviji podaci Fonda za zdravstveno osiguranje o upotrebi anksiolitičkih lijekova ukazuju na iznenadno povećanje njihove potrošnje u poslednje vrijeme, čime se Crna Gora svrstava među evropske zemlje sa najvećom potrošnjom po glavi stanovnika.

To zasigurno predstavlja izazov za postojeće institucije mentalnog zdravlja, trenutno nedovoljno kadrovski

popunjene, da pruže odgovarajuće liječenje od momenta blagovremene dijagnoze do pažljivog odabira terapijskih opcija svima koji traže pomoć.

Kada govorimo o tretmanu depresivnih poremećaja, aktuelnu situaciju u Crnoj Gori dominantno karakteriše: češća upotreba starijih generacija antidepresiva u odnosu na novije; nesistematizovana i nedovoljno rašireno korišćenje psihoterapijskih tehnika, nedostatak invazivnijih metoda liječenja (poput elektrokostimulacione terapije).

PSIHOTERAPIJA DEPRESIVNIH SINDROMA:

Iako je dobro poznato da laki i srednje teški oblici nepsihotičnih depresivnih sindroma jednako dobro reaguju na psihoterapijske metode i jedan dio socijalnih

intervencija kao i na farmakoterapiju, upotreba ovih tehnika liječenja u našoj državi se svodi da pojedinačne slučajeve. Ovo se dešava dominantno iz dva razloga. Sa jedne strane, postoje problemi u organizaciji rada dispanzerskih službi mentalnog zdravlja u kojima je teško izdvojiti adekvatan dio radnog vremena za psihoterapijsku intervenciju na jednom pacijentu. Sa druge strane, edukacija profesionalnog osoblja u mentalnom zdravlju, u pogledu primjene psihoterapije (posebno kognitivno-bihevioralne terapije, koja je po nivou efikasnosti u značajno prednosti u odnosu na ostale psihoterapijske metode) nije sprovedena na ekstenzivan i sistematizovan način, što takođe rezultira manjim korišćenjem ovih terapijskih mogućnosti.

ADMINISTRACIJA ANTIDEPRESIVA:

Loše socijalno ekonomske prilike u našoj državi, naročito tokom zadnjih godina ekonomske krize, neosporno su uticale i na stepen napretka u pogledu primjene novijih generacija antidepressiva. Osim toga, način organizacije zdravstvene službe, gdje se omogućuje nabavka samo dijela ovih lijekova na teret Republičkog fonda za zdravstvo, dodatno limitira primjenu antidepressiva u socijalno ugroženijem sloju stanovništva.

Iz datih razloga, od antidepressiva prve generacije poput tricikličnih i tetracikličnih antidepressiva u našoj zemlji dominantno se koriste amitriptilin, clomipramin, maprotilin i mianserin koji se nabavljaju u sklopu opšteg zdravstvenog osiguranja. Iz grupe RIMA (reverizibilnih inhibitora MAO) sporadično se koristi moclobemidei to najčešće u grupi starijih osoba sa depresivnim sindromom. Među SSRI antidepressivima, najviše se upotrebljava paroksetine, fluoksetine i sertraline (u zadnje vrijeme) (s obzirom da se mogu dobiti na teret sredstava Republičkog fonda za zdravstvo) a u manjoj

mjeri derivati escitaloprama.

Nijedan antidepressiv iz „novijih“ grupa nije moguće nabaviti u sklopu zdravstvenog osiguranja. Iz ovih grupa, na slobodnom tržištu registrovani su trazodone, mirtazapin, bupropion i venlafaksin koji se koriste u pojedinačnim slučajevima, uprkos činjenici da je njihova primjena bezbjednija u odnosu na starije generacije.

INVAZIVNE METODE LIJEČENJA:

Primjena elektrokonvulzivne terapije, ili kako je još nazivaju u pojedinim zemljama regiona – elektrostimulacione terapije predstavlja po svim savremenim vodičima i smjernicama liječenja depresije zadnju liniju tretmana, neosporne terapijske vrijednosti u grupama teraporezistentnih pacijenata. Sticajem objektivnih okolnosti, ova metoda liječenja se ne koristi u našoj državi, već postoji mogućnost da se pacijenti (ukoliko su saglasni sa tim) nakon konzilijarne obrade u Kliničkom centru Crne Gore, upute na Vojno-medicinsku akademiju u Beogradu, gdje se sprovodi ovaj način liječenja. U našoj zemlji se, takođe, ne upotrebljava i tzv. Duboka moždana stimulacija čija primjena i u razvijenim zemljama je rezervisana za eksperimentalne slučajeve i istraživačke studije.

POGLAVLJE 3:

METODE

Ovo uputstvo spaja dokaze prisutne u postojećim, internacionalnim uputstvima za depresiju i prilagođeno je crnogorskom kontekstu. Stoga, ovo uputstvo ne uključuje primarnu analizu baze dokaza; ono više koristi preglede dokaza obavljene u drugim internacionalnim uputstvima i koristi i prilagođava znanje internacionalnih eksperata na temu depresije. Treba konstatovati da kako bi bila snažno preporučena ovim

smjernicama, neka intervencija ili model treba da bude zasnovan na čvrstim dokazima, što uključuje bar dva nasumično-kontrolisana ispitivanja (RCT) sa dovoljno velikim brojem uzoraka i/ili meta analizu sa uskim intervalima pouzdanosti. Ovi kriterijumi (Tabela 2) su naširoko prihvaćeni među grupama za izradu uputstava na internacionalnom nivou. Suptilnije preporuke će imati manje snažnu bazu dokaza, kao što je naznačeno u tabeli 2.

Tabela 2. Stepeni dokaza

Stepen	Kriterijumi
1	Bar 2 RCT sa dovoljno velikim brojem uzoraka, po mogućnosti placebo kontrolisana i/ili meta analiza sa uskim intervalima pouzdanosti.
2	Bar 1 RCTI sa dovoljno velikim brojem uzoraka i/ili meta analiza sa širokim intervalima pouzdanosti.
3	Nenasumična, kontrolisana potencijalna ispitivanja ili niz slučajeva ili restrospektivna ispitivanja visokog kvaliteta.
4	Mišljenje stručnjaka/ konsenzus

IDENTIFIKACIJA SLUČAJEVA I MODELI PRUŽANJA USLUGE

Prvi dio ovog poglavlja se usredsređuju na identifikaciju depresije na nivou primarne i sekundarne zaštite, a

drugi dio ovog poglavlja razmatra razne modele njege i mehanizme za otkrivanje, liječenje i kontrolisanje depresije uključujući sistematske pristupe kao što su metod stepenovane njege (*stepped care*) i integracija mentalnog zdravlja u primarnu negu.

Identifikacija slučajeva depresije

Jedan od prvih koraka u pružanju djelotvornog metoda liječenja depresije je spoznaja problema. U Evropi, prva tačka pristupa u zvanični zdravstveni sistem za ljude koji pate od depresije je često primarna njega; međutim, uprkos tome što se mnogi slučajevi otkriju i ublaže u okviru primarne zdravstvene njege, značajan procenat ostaje nedijagnostikovani (Del Piccolo, Saltini, & Zimmermann, 1998; Raine et al., 2000). Neki izvještaji kažu da je broj neotkrivenih slučajeva ide i do 50% u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Razlozi dati za ovako lošu stopu prepoznavanja na nivou primarne zdravstvene zaštite kažu da iako ljekari opšte prakse mogu da razlikuju depresivne ljude od onih koji to nisu, imaju problema s dijagnozom depresije u svim ‘pravim’ slučajevima.

Prethodne meta-analize koje su posmatrale ukupnu specifičnost i senzitivnost za identifikaciju depresije (Centre & Health, 2009) ustanovile su visoku heterogenost među svim načinima identifikacije, što ograničava mogućnost donošenja čvrstog zaključka o tačnom načinu identifikacije depresije. Heterogenost je prvenstveno pripisana razlikama u ciljanim populacijama (npr. etničke manjine, populacije u primarnoj zaštiti), broju stavki i metodama bodovanja. Skale su upoređivane sa Whooley pitanjima (smatraju se zlatnim standardom), a pominjanje zaslužuju samo PHQ-9 i GDS-15 koje su bile bolje u smislu specifičnosti, ali lošije u smislu senzitivnosti (iako se i dalje smatraju visoko senzitivnim).

GDS-15 je pokazala relativan stepen uspješnosti kod populacija koje su konsultovane, posebno kod starijeg dijela stanovništva, a isto tako se pokazala i CES-D, međutim CES-D je bila malo manje senzitivna.

U globalu, postoje razne skale sa različitim psihometrijskim svojstvima namijenjenim za upotrebu u raznim kliničkim okruženjima i sa različitim populacijama. Dvofazni proces identifikacije i dijagnoze bi mogao biti koristan, u kome prva faza identifikacije slučaja koristi instrument visoke senzitivnosti (npr. Whooley pitanja), pogodna za rutinsku kliničku praksu, za čiju upotrebu je potrebno malo obuke, a nema mnogo ni poteškoća u implementaciji. Međutim, ako bi se konstatovao poziti-

van rezultat na inicijalnom dijagnostičkom instrumentu, bila bi neophodna detaljnija klinička procjena sa boljim sveukupnim psihometrijskim svojstvima (npr. s većom specifičnošću). Važno je ići korak dalje od osnovnih simptoma kada se obavlja sveobuhvatnija procjena mentalnog zdravlja koja obuhvata funkcionalne, međuljudske i socijalne (uključujući kulturološke) poteškoće.

Modeli usluga i mehanizmi njihovog pružanja

Prethodnih godina su se pojavili brojni modeli pružanja usluga kod identifikacije, liječenja i ublažavanje depresije na različitim nivoima sistema zdravstvene zaštite. Par pristupa koji se primjenjuju u Evropi će biti ukratko opisani u tabeli 2.

Tabela 2. Modeli pružanja usluga vezano za depresiju

Model	Opis modela
Postepeni pristup	Pružanje modifikovane usluge u tački pristupa koju ljudi odaberu – npr. korištenje usluga bez ličnog kontakta, optimizacija novih tehnologija kao što je onlajn platforma mentalnog zdravlja
Model savjetodavne veze	Ovaj model (Gask, Sibbald, & Creed, 1997) se usredsređuje na poboljšanje vještina profesionalaca na nivou primarne zdravstvene zaštite i poboljšanje kvaliteta njege kroz njihove unaprijeđene vještine. U ovom modelu, specijalisti uspostavljaju stalni edukacijski odnos sa timom na primarnom nivou da im pruže podršku u brizi za pacijente oboljele od depresije. To može da uključuje psihijatra koji obilazi i pomaže profesionalcima na primarnom nivou. Upućivanje na specijalizovane usluge za mentalno zdravlje rezervišu se za mali broj slučajeva.
Model privrženog profesionalca	Ovaj model nalaže da je profesionalac u oblasti mentalnog zdravlja odgovoran za njegu osobe na nivou primarne zaštite iako koordinacija njege ostaje pri ljekaru opšte prakse/timu na primarnom nivou. Kontakt je uglavnom ograničen na liječenje i ne uključuje znatno praćenje nakon određene intervencije.
Slojeviti (odgovarajuća njega)	Hijerarhijski model njege koji sadrži intervencije od niskog do visokog intenziteta, u kome su usluge odgovarajuće potrebi klijenta, a naknadno liječenje se utvrđuje od strane stručnjaka uz savjetovanje s pacijentom (van Straten, Tiemens, Hakkaart, Nolen, & Donker, 2006).
Vođenje slučaja	Model u kojem određeni stručnjak preuzme odgovornost za koordinaciju njege i praćenje određenog pacijenta, ali ne mora da lično pruža njegu (npr. da interveniše)

Kolaborativna njega	Model kolaborativne njega (Unützer et al., 2002) ima četiri glavna elementa: 1) zajedničko određivanje problema, gdje se problemi koje definišu pacijenti identifikuju zajedno za medicinskim problemima koje dijagnostifikuju zdravstveni radnici; 2) ciljevi i planovi se razvijaju zajednički od strane pacijenta i stručnjaka, osmišljeni da se usredsrede na određene probleme i postignu ostvarljive ciljeve, zasnovane kako na željama pacijenta tako i na spremnosti da učestvuju u liječenju; 3) osmišljavanje obuka za samo-vođenje i službi za podršku koje pacijentima daju pristup razvoju vještina za sprovođenje planova liječenja, usmjerenu promjenu ponašanja i primanje i pružanje emocionalne podrške; 4) aktivno i neprekidno praćenje zdravstvenog stanja i identifikacijakomplikacija i pojača napredak u sprovođenju dogovorenog plana njega. U praksi, to može značiti ostvarivanje savjetodavne veze sa specijalistima mentalnog zdravlja i opštim osobljem primarne zaštite. Modele kolaborativne njega obično koordinira centralna kontakt osoba (npr. rukovodilac njega) koga podržava multiprofesionalni tim.
Stepenovana njega	Model stepenovane njega je rasprostranjen model (Bower & Gilbody, 2005; Gilbody, Bower, Fletcher, Richards, & Sutton, 2006) u kome se liječenje pruža i prati vodeći računa da se najdjelotvorniji, ali najmanje tegoban metod pruža prvi, a ako nema koristi od prvobitne intervencije onda se pacijent prebacuje na kompleksniju intervenciju. Modeli stepenovane njega obično počinju sa intervencijama nižeg intenziteta.

KOLABORATIVNA NJEGA

Prvobitni model kolaborativne njega je smatrao da stručnjak za mentalno zdravlje treba da preuzme ulogu koordinatora njega, pružajući podršku nivou primarne zaštite (W. J. Katon et al., 2010; W. Katon et al., 1995; Unützer et al., 2002); međutim, u novije vrijeme, osoblje sa nivoa primarne zaštite je preuzelo ulogu koordinacije ili ostalo zdravstveno osoblje koje ne dolazi iz sistema mentalnog zdravlja. Niz sistematskih pregleda, pregleda literature i meta analiza je pokazao da su kolaborativni modeli djelotvorni za depresiju, kako sa tačke gledišta istraživačke, tako i kliničke djelotvornosti (Cape, Whittington, Buszewicz, Wallace, & Underwood, 2010; Gilbody et al., 2006; Woltmann et al., 2012). Veličina efekta u ovim meta analizama je dosljedna. Dakle, iako je kolaborativna njega bitna za ljude koji pate od depresije, posebno za one sa komorbiditetom u vidu

fizičkih zdravstvenih problema, studije ne opravdavaju jaku preporuku ovog modela. Međutim, načela kolaborativne njega su bitna i mogu biti od pomoći pri radu sa intervencijama niskog intenziteta (npr. bihevioralno aktiviranje i upravljanje lijekovima).

STEPENOVANA NJEGA

Stepenovana njega je zasnovana na pretpostavci da se najmanje restriktivna i najmanje skupa intervencija pruži prva kada se osoba pojavi sa početnim problemima. Prvi dio intervencije se uglavnom sastoji od intervencija niskog intenziteta (npr. onlajn intervencije mentalnog zdravlja, psihoedukacija, usmjerena samopomoć) koje se mogu usredsrediti na samoupravljanje, ličnu njegu ili ograničeno angažovanje od strane stručnjaka i moguće olakšice od strane parastručnjaka ili iskustvenih saradnika. U slučaju da problemi eskaliraju u ozbiljnosti ili složenosti, pacijenti se mogu prebaciti na visoko

intenzivne intervencije, kao što su farmakološke ili psihosocijalne intervencije, sa više učešća i koordinacije od strane zdravstvenih stručnjaka. Pri prilagođavanju pristupa stepenovane njege sistemu pružanja usluga unutar određenog zdravstvenog sistema, pažnju treba obratiti na vrste ponuđenih metoda liječenja na svakom nivou u od nosu na dostupne resurse i troškove, kao i vjerovatnoću da će pacijent prihvatiti intervencije na svakom nivou kao i uticaj koji će neuspješna intervencija imati na vjerovatnoću usvajanja naknadnih intervencija.

Za stepenovanu njegu, ozbiljnost depresije i pogoršanje funkcionalnosti često opredjeljuju preporuku metode liječenja, međutim, model stepenovane njege smatra da bi se trebalo početi sa lijekovima i psihoterapijom za pacijente sa ozbiljnom depresijom sa snažnim pogoršanjem funkcionalnosti. Za umjereno pogoršanje funkcionalnosti, razmotriti započinjanje sa psihoterapijom i uvođenje lijekova po potrebi za one sa umjerenom depresijom. Za blagu depresiju, preporučuje se psihoterapija, a lijekove treba koristiti samo ako depresija postane ozbiljnija sa jačim posljedicama.



Za sve modele njege, važno je da praktičari imaju redovan kvalitetan nadzor, da koriste rutinske mjere ishoda, da se staraju da su pacijent i njegovatelji uključeni u razmatranje djelotvornosti liječenja i da izražavaju svoje želje, te da se nadzire i ocjenjuje pridržavanje pristupa liječenja i sposobnosti praktičara.

OD DOKAZA DO PREPORUKA

Postoje dokazi iz oblasti opštih problema mentalnog zdravlja koji pokazuju djelotvornost pristupa stepenovane njege u poređenju sa uobičajenom njegom, a dokazi o djelotvornosti ovog pristupa i dalje pristižu. Iako je količina dokaza prilično velika, dodatno istraživanje bi moglo podržati snažniju preporuku da se usvoji pristup stepenovane njege, međutim, on i dalje ostaje najnapredniji i najbolje razvijen sistem za obezbjeđivanje pristupa isplativim intervencijama za širok spektar pacijenata, pod pretpostavkom da u datom zdravstvenom sistemu postoje sistemi praćenja koji mogu da olakšaju brzo „povećanje stepena“ njege za one kod kojih intervencije niskog intenziteta nisu dale rezultate. Preporuke date u posljednjem poglavlju ovih smjernica spadaju u okvir pristupa stepenovane njege, uz kombinovanje psiholoških i farmakoloških intervencija i intervencija niskog i visokog intenziteta.

Slika 1. Primjer pristupa stepenovane njege za osobe koje pate od depresije, prilagođen iz NICE smjernica za depresiju (Centre & Health, 2009; NICE, 2009).

POGLAVLJE 4: PSIHOLOŠKE I PSIHOSOCIJALNE INTERVENCIJE UVOD

Tokom godina, psihološke i psihosocijalne intervencije su se pokazale djelotvornim kao pomoć u procesu oporavka ljudi oboljelih od depresije. Tokovi oporavka mogu da se međusobno razlikuju, kako u odnosu na reakcije na metod liječenja tako i u odnosu na stope ponovnog javljanja i oporavka, stoga je dostupan određen broj pristupa intervencija prilagođenih ovim razlikama. U ovom poglavlju se navode vrste liječenja koje su se pojavile kao pristupi zasnovani na čvrstim pokazateljima i opisuju se neki od kontekstualnih činilaca koje treba uzeti u obzir kod psiholoških/psihosocijalnih intervencija.

INTERVENCIJE VISOKOG INTENZITETA

Psihološke/psihosocijalne intervencije visokog intenziteta uključuju širok spektar zvaničnih psihoterapijskih metoda kao što su kognitivno-bihevioralna terapija, interpersonalna terapija, terapija za parove ili psihodinamska terapija.

INTERVENCIJE NISKOG INTENZITETA

Intervencije niskog intenziteta su aktivnije promovisane u skorijim godinama usljed pojave podataka o njihovoj djelotvornosti pri oporavku i uključuje mnoge onlajn platforme mentalnog zdravlja (npr. kompjuterizovana kognitivna terapija uz fizičku aktivnost i rukovođenu samopomoć, koja uključuje paraprofesionalca koji ne pruža direktnu terapiju nego služi kao pomoć ili podrška i ohrabruje brigu o sebi i samo-vođenje).

DODATNI ČINIOCI KOJI UTIČU NA PRIDRŽAVANJE I SADRŽAJ INTERVENCIJA

Iako smjernice daju preporuke u pogledu pristupa zasnovanih na čvrstim pokazateljima, ima naravno i dodatnih činilaca koji mogu da utiču na djelotvornost tih intervencija ili kojima je neophodna prilagodjena intervencija. Postoje novi, iako ne opširni, podaci o tome kako bi intervencije trebalo prilagoditi pojedinačnim potrebama pacijenata. Međutim, dodatni faktori koji utiču na odluke i izbor metode liječenja su opširnije proučeni (Lambert and Ogles, 2004). Činioci kod pacijenata koji utiču na izbor metode liječenja mogu da budu demografski činioci (npr. nivo obrazovanja, bračni status), socijalni činioci (npr. kultura, stav prema mentalnom zdravlju), medicinski činioci (npr. priroda depresije) i opšti faktori kao što su očekivanja od liječenja, lične želje i prethodno iskustvo sa službama mentalnog zdravlja. Međutim, što se tiče konkretnog predviđanja ishoda metoda liječenja, ona zavisi samo od hroničnosti i ozbiljnost depresije, koja može da utiče na djelotvornost metode liječenja u raznim terapijskim pristupima. Činioci koji se odnose na terapeuta takođe mogu značajno da oblikuju odluke i napredak metode liječenja i mogu da uključuju demografske faktore, profesionalno iskustvo, nivo obučenosti, tehnike nadgledanja i sposobnosti. Možda najopsežnije istraženi činioci vezani za terapeuta su odnos pacijenta i terapeuta i osposobljenost terapeuta. Odnos pacijenta i terapeuta se može sagledati kao veza ili spona između terapeuta i pacijenta, u kojoj obje strane zajedno rade ka pozitivnoj promjeni. Prethodne meta analize su pokazale pozitivnu vezu između odnosa pacijenta i terapeuta sa poboljšanim ishodima za pacijenta (Martin, Garske, & Davis, 2000), što je nalaz koji se dosljedno pojavljuje u raznorodnim studijama. Literatura poka-

zuje da osposobljenost terapeuta u određenoj mjeri unapređuje ishode (Barber, Crits-Christoph, & Luborsky, 1996; Kuyken & Tsivrikos, 2009).

KRATAK PREGLED DOKAZA O PSIHO SOCIJALNIM TERAPIJAMA VISOKOG INTENZITETA

Zbog jasnoće, sledeći intervencijski pristupi se smatraju za pristupe velikog intenziteta i ovdje se razmatraju: bihevioralna aktivacija, kognitivno-bhevioralne terapije, savjetovanje, terapija za parove, interpersonalna terapija, racionalno emocionalna bihevioralna terapija, kratkotrajna psihodinamična psihoterapija.

Među svim intervencijama visokog intenziteta, kognitivno-bhevioralne terapije imaju najveću bazu dokaza. Meta analizom 46 studija (Centre & Health, 2009) je utvrđeno da kognitivno-bhevioralne terapije sa anti-depresivima tokom vremena pokazuju pozitivna dejstva za različite nivoe ozbiljnosti. Ovo takođe ukazuje na činjenicu da je kombinovani metod liječenja bolji od samih antidepresiva. Za grupne kognitivno-bhevioralne terapije postoje ograničenije studije i skupovi podataka, jer se ovaj terapijski format više usredsredio na blagu depresiju, za koju postoji manje istraživanja. Postoje određeni podaci koji ukazuju na to da kognitivno-bhevioralna terapija u okviru grupe pokazuje bolje rezultate u fazi nakon tretmana (u poređenju sa kontrolnom grupom), međutim nema razlike u djelotvornosti između grupne i individualne kognitivno-bhevioralne terapije. Grupnu kognitivno-bhevioralnu terapiju treba da vode dva obučena stručnjaka koji se smatraju sposobnim za CBT i da vode grupnu terapiju, a preporučeni broj sesija grupne CBT varira od 1 do 12 za od 8 do 10 učesnika tokom perioda od 12 do 16 sedmica.

Većina literature o kognitivno-bhevioralnoj terapiji se zasniva na poređenju CBT sa antidepresivima za pre-

venciju ponovnog javljanja. Kad postoji zabrinutost u pogledu ponovnog javljanja, može se uzeti u obzir CBT na individualnoj osnovi uz farmakološku intervenciju zasnovanu na čvrstim dokazima. Grupna kognitivna terapija s elementima na punoj svjesnosti (mindfulness) zasnovanih kognitivnih tehnika ima najjaču bazu dokaza da prevenira ponovno javljanje, a posebno je djelotvorna kod ljudi koji su iskusili tri ili više depresivnih epizoda. Postoje snažni dokazi koji ukazuju na to da je interpersonalna terapija djelotvoran metod liječenja depresije, na osnovu prethodnih slučajnim uzorkom uzetih kontrolisanih istraživanja i meta analiza 38 takvih istraživanja. Interpersonalnu terapiju treba da pružaju osposobljeni i obučeni zaposleni u sektoru mentalnog zdravlja (npr. medicinske sestre, visoko obučene medicinske sestre, psiholozi).

Razmatra se pojava novih podataka o bihevioralnoj aktivaciji, uključujući podatke o poređenjima sa placebom, antidepresivima, kognitivno-bhevioralnom terapijom i uobičajenom njegom, od čega je sve pozitivno ukazalo na bihevioralnu aktivaciju. Baza dokaza o bihevioralnoj aktivaciji kao intervenciji niskog intenziteta nije dovoljno snažna da opravda preporuku da se razmatra kao direktna alternativa kognitivno-bhevioralnoj ili interpersonalnoj terapiji, već se može uzeti u obzir kao mogućnost nakon dogovora sa pacijentom i praktičarem. Postoje ograničeni dokazi o djelotvornosti terapije za rješavanje problema. S obzirom na poboljšane dokaze za niz intervencija niskog intenziteta, terapija rješavanja problema bi mogla biti više odgovarajuća kao dio intervencija niskog intenziteta nego kao odvojeni terapijski pristup sam za sebe.

Baza dokaza za terapiju za parove je prilično skromna, ali postoje naznake djelotvornog uticaja kod parova koji pate od depresije (naročito oni koji su primijenili

bihevioralni pristup metodi liječenja) u poređenju sa kontrolnom grupom onih koji su još na listi čekanja, i podaci o sličnim ishodima terapija za parove u poređenju sa individualnom kognitivno-bihevioralnom i interpersonalnom terapijom (iako su podaci o poređenju sa interpersonalnom terapijom manje pouzdani). Kao rezultat povećanog obima dokaza naznačenih u ovim smjernicama, preporučuje se terapija za parove (zasnovana na bihevioralnom modelu). Preporuka ove terapije bi trebalo da se usredsredi na pacijente u stabilnim vezama gdje sama veza može da igra ulogu u razvoju, održavanju ili rješavanju depresije.

Baza dokaza o djelotvornosti savjetovanja je nedosljedna, i ne postoji prednost, što se tiče troškova savjetovanja u poređenju sa bilo uobičajenom njegom koju pruža ljekar opšte prakse ili liječenjem odraslih oboljelih od depresije antidepressivima. Štaviše, pregled podataka iz prakse nije pružio jasne dokaze o djelotvornosti savjetovanja kod depresije (Marriott & Kellett, 2009; Stiles, Barkham, Mellor-Clark, & Connell, 2008). Baza dokaza za savjetovanje u odnosu na kognitivno-bihevioralnu i interpersonalnu terapiju nema dovoljno podataka o dugoročnom praćenju i prevenciji ponovnog javljanja. Savjetovanje se može uzeti u obzir kod ljudi oboljelih od blage do umjerene depresije koji su odbili antidepressive, kognitivnu terapiju, interpersonalnu terapiju, bihevioralnu aktivaciju ili bihevioralnu terapiju za parove.

Identifikovano je ukupno 10 studija za **kratkotrajnu psihodinamsku psihoterapiju** kao metod liječenja depresije. Iz pregleda ovih studija, nije bilo moguće dokazati značaj bilo kojih klinički važnih pozitivnih efekata kratkotrajne psihodinamske psihoterapije kod depresije. Kao kod baze dokaza za savjetovanje, baza dokaza za kratkotrajne psihodinamične psihoterapije

nema dovoljno podataka o naknadnom praćenju i prevenciji ponovnog javljanja. Prema tome, kratkotrajna psihodinamična psihoterapija se može uzeti u obzir kod ljudi oboljelih od blage do umjerene depresije koji su odbili antidepressive, kognitivno-bihevioralnu terapiju, interpersonalnu terapiju, bihevioralnu aktivaciju ili bihevioralnu terapiju za parove, ali uz to da se zdravstvenom radniku treba skrenuti pažnja na ograničeni broj dokaza.

Kod pružanja bilo kakvog oblika psihološkog metoda liječenja treba imati na umu da trajanje liječenja treba biti u skladu sa razmotrenim dokazima, ali da cilj programa liječenja treba da bude remisija i oporavak i da se to potencijalno može postići u manjem broju sesija nego što je predloženo.

Štaviše, sve psihološke intervencije treba pružiti u odnosu na model stepenovane njege predstavljen u drugom poglavlju. Ovo se svodi na pružanje intervencija niskog intenziteta za depresivne simptome ispod najnižih kvalifikujućih i za blage depresivne simptome (na osnovu kliničke djelotvornosti i troškovne efektivnosti iz prethodnih razmatranja), a da se intervencijama visokog intenziteta prednost daje i slučajevima umjerene i ozbiljne depresije.

PSIHOSOCIJALNE TERAPIJE NISKOG INTENZITETA

KRAKAT PREGLED DOKAZA O PSIHOSOCIJALNIM TERAPIJAMA NISKOG INTENZITETA

Zarad jasnoće, sledeći intervencijskipristupi se smatraju za one niskog intenziteta i razmatraju se ovdje: kompjuterizovana CBT, usmjerena samopomoć i programi fizičke aktivnosti.

Na osnovu meta analiza koje razmatraju intervencije

niskog intenziteta, kompjuterizovana CBT, programi grupne fizičke aktivnosti i usmjerena samopomoć su se pokazali djelotvornim kod depresivnih simptoma ispod najnižih kvalifikujućih i kod blage do umjerene depresije, u poređenju sa kontrolnom grupom. Nema studija koji su imale dvije ili više intervencija niskog intenziteta kao aktivne komparatore tako da nije jasno da li postoji jedna određena intervencija niskog intenziteta koja bi bila bolja u odnosu na neku drugu. Odluka o učestvovanju u određenoj intervenciji niskog intenziteta bi se stoga trebala voditi željama pacijenta, te da se osigura da pacijent dobije adekvatnu podršku ili nadzor u toku učestvovanja u intervenciji, što je zajedničko svim intervencijama niskog intenziteta. Intervencije usmjerene samopomoći bi se trebale zasnivati na principima kognitivno-bihevioralne terapije, uključujući tekstualne i vizuelne materijale, treba da ih vodi osposobljeni stručnjak i treba da se sastoje od 6 do 8 sesija bilo putem telefona ili videa.

Meta analiza 22 studije je pokazala da kompjuterizovana CBT, posebno kada se pruža preko interneta, ima mogućnost pružanja njege onima koji je inače ne bi primili (Andrews, Cuijpers, Craske, McEvoy, & Titov, 2010). Kompjuterizovanu CBT treba da vodi osposobljeni stručnjak, obično traje oko 9 do 12 sedmica, treba da se poziva na CBT model i izaziva aktivno praćenje ponašanja kroz obrasce i ishode.

Programi fizičke aktivnosti treba da se vode u okviru grupa, uz podršku, obično 3 puta sedmično (45 minuta do 1 sat) tokom perioda od 10 do 14 sedmica.

POGLAVLJE 5: FARMAKOLOŠKE INTERVENCIJE UVOD

U toku proteklih par decenija, uvedeni su razni novi antidepresivi i trenutno je oko 35 različitih antidepresiva u raznim klasama dostupno širom svijeta. Antidepresivi se normalno preporučuju kao prevashodni metod liječenja kod pacijenata čija depresija je bar umjerene ozbiljnosti. U ovoj grupi pacijenata, oko 20% će pozitivno reagovati bez ikakvog liječenja, 30% će reagovati pozitivno na placebo dok će 50% pozitivno reagovati na metod liječenja antidepresivnim lijekovima. Antidepresivi, kada se uzmu u obzir pojedinačno ili po klasama, su djelotvorniji od placeba u liječenju ozbiljne depresije dok su u blažim slučajevima jednako djelotvorni kao i placebo. Selektivni inhibitori preuzimanja serotonina su značajno bezbjedniji kod predoziranja od tricikličnih antidepresiva, uglavnom se bolje podnose od antidepresiva iz drugih klasa i najdostupniji su kao generički pripravci.

Postoji povezanost između liječenja antidepresivima i povećanog rizika od suicidalnih misli i činova, posebno kod adolescenata i mladih ljudi, što vodi preporuci da pacijente treba upozoriti na ovo moguće neželjeno dejstvo u toku početnih sedmica liječenja i obučiti kako da potraže pomoć ako bude potrebna. Ovo se odnosi na sve antidepresive, kao i na lijekove slične farmakologije koji se koriste za druge indikacije osim depresije (npr. atomoksetin). Iako relativni rizik od razvijanja suicidalnih misli i činova prevazilazi isti kod placeba kod nekih grupa pacijenata, sveukupni rizik ostaje prilično mali. Sve u svemu, najdjelotvorniji način sprječavanja suicidalnih misli i činova je liječenje depresije.

Pregled kliničkih dokaza pokazuje da antidepresivi imaju uglavnom podjednaku djelotvornost i da izbor

antidepresiva treba prvenstveno da zavisi od kombinacije nuspojava, želje pacijenta i prethodnog iskustva s metodama liječenja. Nije ustanovljena nikakva prednost takozvanih antidepresiva dvostrukog dejstva kao klase nad drugim lijekovima, uključujući odvojeno razmatranje duloksetina i venlafaksina. Postoji sve veći broj novih dostupnih antidepresiva u generičkom obliku, a ti lijekovi se češće biraju na osnovu cijene. Kliničari bi takođe trebalo da uzmu u obzir mogućnost interakcija pri propisivanju antidepresiva ljudima koji uzimaju prateće lijekove.

ČINIOCI KOJI UTIČU NA UPOTREBU ANTIDEPRESIVA

Više činilaca može da utiče na izbor antidepresiva, koji uključuju (ali nisu ograničeni na): farmakološko ublažavanje depresije kod starijih odraslih osoba, korištenje antidepresiva u svrhe ublažavanja simptoma kod ljudi sa komorbidnim psihotičnim simptomima i farmakološki metod ublažavanja simptoma ljudima sa sezonskim javljanjem depresije.

UPOTREBA ANTIDEPRESIVA KOD STARIJIH OSOBA

Depresija je jedan od najčešćih mentalnih problema kasnije u životu i pogađa oko 15% starijih ljudi (Beekman et al 1999). Ako se ne liječi, skraćuje život i povećava zdravstvene troškove jer doprinosi invaliditetu usljed raznih bolesti i vodeći je uzrok samoubistva među starijim ljudima (Leibowitz et al, 1996). Većina slučajeva depresije kod starijih ljudi se može liječiti i voditi na nivou primarne zdravstvene zaštite, uz značajan prostor za unapređenjem što se tiče stope otkrivanja. (Plummer et al, 1997). Cochrane-ov osvrt na djelotvornost antidepresiva kod starijih ljudi je ustanovio

neke dokaze koji pokazuju da starijim ljudima treba duže da se oporave od depresije za razliku od mlađih generacija i da štetni efekti antidepresiva moraju da budu pažljivo promatrani jer mogu da utiču na funkciju vulnerabilnijeg pojedinca (Wilson et al, 2001). Razlike u upotrebi antidepresiva kod starijih se vide i kroz apsorpciju i metabolizam lijekova u poređenju sa mlađim grupama i kroz povećani potencijal za interakciju sa drugim lijekovima jer postoji veći rizik od komorbiditeta sa drugim bolestima. Najbolje prakse predlažu započinjanje korištenja antidepresiva u malim dozama sa postepenim povećavanjem, međutim, dodatna istraživanja bi ovo mogla detaljnije da pojašne. Jedan sistematski pregled (NCCM, 2009) je otkrio 15 studija o upotrebi antidepresiva, (amitriptilin, triciklični antidepresivi kao grupa, selektivni inhibitori preuzimanja serotonina, fenelzin, mirtazapin, venlafaksin i kantarion) i kombinaciji antidepresiva sa litijumom. Pregledom istraživanja nije utvrđena nikakva razlika u djelotvornosti među antidepresivima kod starijih odraslih osoba i nema dokaza o razlikama u prihvatljivosti. Štaviše, nije bilo dokaza da manje pacijenata koji koriste paroksetin prijavljuju štetne posledice u poređenju sa onim koji uzimaju amitriptilin. Ohrabruje se nastavak farmakološkog metoda liječenja kod starijih pacijenata sa višestrukim depresivnim epizodama da bi izbjegli ponovno javljanje, te obraćanje pažnje na dodavanje litijuma antidepresivima, jer izgleda da stariji pacijenti imaju veću šansu za remisiju bez dodatka litijuma.

KONTROLISANJE UPOTREBE ANTIDEPRESIVA KOD DEPRESIJE KOJA SE JAVLJA SEZONSKI

Depresija koja se pojavljuje sezonski kao posebna dijagnoza je manje prihvaćena u Evropi u poređenju sa Sjevernom Amerikom, dok je drugo važeće mišljenje to

da ozbiljna depresija koja se pojavljuje sezonski predstavlja ekstremni oblik izražene sezonske osobine, a ne posebnu dijagnozu. Nezavisno od različitih pogleda, postoje ljudi sa povratnom jakom depresijom koji iskuse sezonski element u svojoj bolesti, bar na određeni period. Postoje podaci koji sugeriraju da terapija svjetlošću (uključujući količinu i trajanje izloženosti svjetlosti) može biti korisna kao metod liječenja (npr. vidi meta analizu Golden et al., 2005). Skoriji pregled 19 studija (NCCMH, 2009) je utvrdio da značajne metodološke razlike među studijama koje se bave djelotvornošću liječenja svjetlošću otežavaju konkretne preporuke. Doze/boje svjetla, metodi realizacije, uporedna liječenja i kliničke populacije kroz 10 studije su se razlikovale. U kliničkoj praksi u UK na primjer, gdje si koristilo jarko svijetlo, minimalna dnevna doza od 5000 luksa data ujutru u toku zimskih mjeseci je najčešći pristup sa relativno malo nuspojava, od kojih je najčešća blaga uzrujanost. Za ostale pristupe liječenju depresije koja se javlja sezonski nema dovoljno dokaza, posebno što se tiče djelotvornosti antidepresiva u liječenju ozbiljne depresije.

FARMAKOLOŠKO I FIZIČKO UBLAŽAVANJE DEPRESIJE KOJA NIJE DOBRO REAGOVALA NA LIJEČENJE I SPREČAVANJE POVRATKA DEPRESIJE

Iako postoje značajni pomoci u liječenju i ublažavanju simptoma poremećaja raspoloženja kao što je depresija, jedan problematičan aspekt je još uvijek teraporezistentnost. Naime, niz studija je pokazao da do 33% pacijenata liječenih od depresije ne reaguju dobro na prvobitno liječenje antidepresivima. Naknadno posmatranje pokazuju da značajan broj pacijenata ima lošu

prognozu i da ih do 20% ostaje u lošem stanju dvije godine nakon pojave bolesti. Čak i nakon liječenja, od 10 do 20% pacijenata oboljelih od depresije ima lošu dugoročnu prognozu. Stoga je važno uzeti u obzir druge linije farmakološkog tretmana za one koje je teško liječiti ili koji ne reaguju adekvatno na liječenje. Takve vrste tretmana, koje se razmatraju u ovom odjeljku su: povećanje doze, prebacivanje na drugi antidepresiv ili dodavanje drugog lijeka antidepresivu.

POVEĆANJE DOZA

Kada depresija ne reaguje adekvatno, uobičajeni pristup je povećanje doze antidepresiva unutar odobrenog nivoa doziranja. Postoji malo objektivnih podataka koji podržavaju bolje reagovanje na tretman sa povećanjem doza (unutar odobrenog nivoa doziranja) za većinu antidepresiva, iako ovo ne isključuje vjerovatnoću uočavanja djelotvornog dejstva kod individualnih pacijenata. Svako djelotvorno dejstvo će vjerovatno biti bar djelimično utvrđeno individualnim razlikama kod hepatičkih metabolišućih enzima. U prethodnim smjernicama je razmotreno devet studija (NCCMH, 2009) i utvrđeno je malo čvrstih dokaza koji pokazuju da povećanje doze zapravo poboljšava ishod. Međutim, dok dalje istraživanje ne bude obavljeno, razumno je uzeti u obzir povećanje doze antidepresiva unutar odobrenog nivoa, posebno u situacijama u kojima je bilo djelimičnog reagovanja na terapiju i gdje nuspojave nisu problematične.

PRELAZAK NA DRUGI ANTIDEPRESIV

Uobičajena je sadašnja klinička praksa povećavati dozu do maksimalnog nivoa tolerancije, i ako nema uopšte ili ima minimalno reagovanja, prebaciti se na alterna-

tivni antidepresiv. Većina onih koji to propisuju bira antidepresiv iz drugačije klase od 'neuspjelog' lijeka.

KOMBINOVANJE JEDNOG ANTIDEPRESIVA SA DRUGIM

Kombinovanje antidepresiva sa drugim načinima djelovanja se sve više koristi u kliničkoj praksi. Kombinacija serotonergičkih i noradrenergičkih lijekova može da izazove kombinaciju

„dvostrukog dejstva“, dok se može očekivati da kombinacija serotonergičkih lijekova sa drugim poveća serotonergičku neurotransmisiju više nego jedan lijek sam. Dok djelotvornost ovih lijekova u kombinaciji može biti zbirno dodata (nije dokazano za većinu kombinacija) isto tako može dovesti i do njihove toksičnosti. Moraju se uzeti u obzir farmakokinetičke i farmakodinamičke interakcije. Fluoksetin, fluvoksamin i paroksetin mogu značajno i nepredvidivo da povećaju nivoe seruma tricikličnih antidepresiva, tako povećavajući rizik od štetnih posljedica (Taylor, 1995). Kombinacije serotonergičkih antidepresiva povećavaju rizik od razvijanja serotonin-skog sindroma, koji može biti fatalan. Neželjena dejstva uključuju zbunjenost, delirijum, drhtanje, znojenje, promjene u krvnom pritisku i miokloniju.

Rezultati pokazuju da liječenje kombinacijom lijekova više ublažava simptome depresije nego nastavljanje sa datim pojedinačnim antidepresivom po 'standardnoj' dozi. Međutim, podaci nisu jaki i učesnici koji su koristili kombinacije lijekova su prijavili više nuspojava od onih koji su koristili jedan antidepresiv. U mješanoj populaciji pacijenata postoje određeni dokazi da kombinovanje jednog antidepresiva s drugim vodi do boljih ishoda što se tiče reagovanja, remisije i prosječnih krajnjih rezultata u poređenju sa jednim antidepresivom u 'standardnoj' dozi. Postoji nedovoljno podataka da se utvrdi da li je

slučaj isti i u poređenju sa jednim antidepresivom u visokoj dozi. Pošto je većina studija koristila mianserin kao drugi antidepresiv, analize su ponderisane prema tom lijeku. Važno je istaći i da ne postoje slučajnim uzorkom kontrolisane studije tricikličnih antidepresiva i inhibitora monoaminske oksidaze ili kombinacija bilo koja dva od sledećih lijekova: venlafaksin, mirtazapin i reboksetin. Postoje dokazi da su kombinacije antidepresiva povezane sa većim teretom nuspojava za razliku od jednog antidepresiva u standardnoj ili velikoj dozi, ali ne postoji dovoljna dokaza da bi se komentarisalo o broju pacijenata koji napuštaju liječenje ranije.

DODAVANJE DRUGIH LIJEKOVA ANTIDEPRESIVIMA

Što se tiče dodavanja antipsihotika antidepresivima, više studija je već objavljeno, koje kad se uzmu u obzir zajedno, pokazuju statistički važnu, ali klinički skromnu prednost dodavanja antipsihotika antidepresivima u odnosu na korišćenje samog antidepresiva. Pacijenti čijem antidepresivu je dodat antipsihotik imaju manje šanse da će napustiti liječenje rano zbog nuspojava. Ovo je najviše primijećeno kod kvetijapina.

Litijum je utvrđen lijek za stabilizaciju raspoloženja koji se koristi kod liječenja manije i profilakse bipolarnog poremećaja. Takođe se naširoko koristi kao dodatak antidepresivu kod depresije koja nije adekvatno reagovala na prvobitno liječenje antidepresivom. Kao što je prethodno spomenuto, postoji određena količina podataka o prednosti dodavanja litijuma antidepresivima u odnosu na dodavanje placeba, iako ovo dejstvo nije uočeno kod srednjih vrijednosti krajnjih tačaka pri mjerenjima svih ishoda. Čini se da je pacijentima dodavanje litijuma antidepresivu manje prihvatljivo, jer malo više od 30% pacijenata napušta liječenje ra-

nije u poređenju sa 17,4% onih koji uzimaju placebo. Nema dovoljno podataka da se utvrdi da li je to zbog nuspojava.

Antikonvulzivi se sve više prepisuju ljudima sa bipolarnim poremećajem; postoji sve veći broj podataka vezan za njihovu djelotvornost u liječenju depresije i manije i profilakse bipolarnog poremećaja. Uzimajući u obzir nedostatak pozitivnih podataka, lamotrigin se ne može preporučiti za upotrebu kod unipolarnog poremećaja. Iako se uglavnom dobro podnosi i nema ozbiljnije interakcije, može da izazove jak osip koji može biti opasan po život u manjini slučajeva. Njegova upotreba kod epilepsije i bipolarnog poremećaja ukazuje da bi bilo korisno uraditi dalja istraživanja lamotrigina kod teraporezistentne depresije. Ne postoje podaci koji pokazuju da ostali Antikonvulzivi – npr. gabapentin ili topiramat – mogu biti preporučeni u liječenju depresije. Iako postoje podaci o umjerenoj prednosti između 21. i 42. dana koji favorizuju dodavanje pindolola antidepresivima prije nego dodavanje placebo da bi se ostvarila remisija, ovo dejstvo nije očigledno za rezultate reagovanja ili srednje vrijednosti krajnjih tačaka. Ne postoje podaci bilo kakvog dejstva na ishod kod ljudi čija je depresija otporna na liječenje u toku početnog procjenjivanja. Ne postoje nikakvi podaci o tačkama kasnijih procjena. Nema dovoljno podataka da bi se komentarisalo o podnošljivosti nakon dodavanja pindolola antidepresivima. Treba konstatovati da postoji nejasnoća oko utvrđivanja optimalne doze i trajanja liječenja.

Postoji malo podataka na osnovu kojih bi se moglo preporučiti dodavanje tireoidnih hormona - T3 antidepresivima za liječenje depresije otporne na liječenje. Kod ljudi koji pate od depresije veća je prevalenca kardiovaskularnih bolesti (Glassman & Shapiro, 1998),

a T3 treba koristiti oprezno kod kardiovaskularnih bolesti. Moguća štetna dejstva uključuju tahikardiju, angiozni bol i aritmije. Triciklični antidepresivi takođe imaju kardiološke nuspojave uključujući aritmije, tahikardiju i posturalnu hipotenziju. Savjetuje se pažnja pri kombinovanju tricikličnih antidepresiva sa T3.

Depresija i anksioznost tipično koegzistiraju, a nesanica je česti simptom depresije. Antidepresivima obično treba dvije do četiri sedmice da imaju klinički bitno dejstvo. Postoji nedovoljno podataka da se utvrdi da li postoji ikakvo dejstvo kod dodavanja benzodiazepina antidepresivima što se tiče djelotvornosti i podnošljivosti. Ne postoje podaci dovostruko slijepih, placebo kontrolisanih studija na kojima bi se zasnivala preporuka dodavanja buspirona antidepresivima za liječenje depresije otporne na liječenje.

Podaci o djelotvornim strategijama kod ljudi čija depresija ne reaguje adekvatno na liječenje nisu čvrsti. Uobičajena početna strategija, povećavanje doze, takođe nije potvrđena ubjedljivim podacima o djelotvornosti, iako ova strategija može biti djelotvorna kod nekih ljudi, posebno ako nisu imali problema sa podnošenjem lijeka u provobitnoj dozi. Podaci o zamjeni sa drugim antidepresivom su bolji, međutim podaci o prebacivanju s jedne na drugu klasu antidepresiva nisu. Sve u svemu, zamjena antidepresiva je vjerovatno vrijedna truda, a podaci o primarnoj djelotvornosti uzastopnih studija navode da venlafaksin i escitalopram mogu da ponude marginalne olakšice u odnosu na ostale antidepresive u ovom slučaju. Dodavanje litijuma, drugog antidepresiva ili antipsihotika je takođe vrijedno truda, ali veličina efekta je klinički umjerena a teret nuspojava povećan. Nedostatak povoljnih objektivnih podataka koji jasno ukazuju superiornu djelotvornost jednog pristupa u odnosu na drugi oslikava činjenicu da je

vjerovatno mala ukupna razlika u veličinama efekta među različitim pristupima.

Pošto su podaci o određivanju redosljeda farmakoloških pristupa kod ljudi čija depresija ne reaguje adekvatno na početna liječenja slabi, izbor novih lijekova bi trebao biti vođen sličnim principima kao onim koji vode izbor prvobitnog lijeka, na primjer, potencijal lijeka da izaziva nuspojave. Pošto je moguće da je slaba reakcija na prvobitno liječenje izazvana time što liječenje nije pravilno započeto ili ga se nije pravilno pridržavalo, ove činioce treba prvo uzeti u obzir i razmotriti povećanu učestalost naknadnih praćenja.

PREPORUKE

Sledeće poglavlje spaja preporuke iz prethodnih poglavlja i uokviruje ih unutar pristupa stepenovane njege.

KORAK 1: IDENTIFIKACIJA, PROCJENA I INICIJALNO UBLAŽAVANJE DEPRESIJE

Biti svjestan mogućnosti depresije, posebno ako postoji istorija depresije ili hroničnog somatskog zdravstvenog problema i postaviti dva pitanja u tom smislu:

U toku prethodnog mjeseca, da li vas je često mučio osjećaj potištenosti, depresije ili beznađežnosti?

U toku prethodnog mjeseca, da li vas je često mučio nedostatak interesovanja ili zadovoljstva bavljenjem raznim stvarima?

Ako osoba odgovori sa da na bilo koje od ova dva identifikaciona pitanja, treba uraditi dalju procjenu mentalnog zdravlja. Kompetentni stručnjak (npr. ljekar opšte prakse, psiholog, psihijatar, medicinska sestra obučena u procjeni depresije) treba da obavi procjenu i provjeri mentalno zdravlje te osobe radi otkrivanja bilo kakvih funkcionalnih, međuljudskih ili socijalnih

poteškoća. Poželjno je korišćenje validiranog instrumenta za mjerenje pomenutih poteškoća da bi se odredilo odgovarajuće praćenje i evaluacija naknadnog liječenja. Procjena i praćenje rizika

- Ako osoba koja boluje od depresije predstavlja rizik sebi ili drugima, hitno ih uputiti specijalisti za mentalno zdravlje.
- Savjetovati ljude koji boluju od depresije o povećanoj vjerovatnoći uzrujanosti, anksioznosti i pojavi suicidalnih misli u ranim stadijumima liječenja; pratiti potencijalne simptome koji ukazuju na potrebu urgentnog djelovanja i:
- Postarati se da osoba zna kako da odmah zatraži pomoć
- Provjeriti metod liječenja ako dođe do značajne i/ili produžene uzrujanosti osobe.
- Savjetovati osobu koja boluje od depresije i njihovoj porodici ili njegovatelja da obrate pažnju na promjene raspoloženja, negativnost ideje beznađežnosti, suicidalne misli i da kontaktiraju svoje zdravstvene stručnjake ako su zabrinuti. Ovo je od posebne važnosti u toku perioda povećanog rizika, kao što su započinjanje ili promjena metoda liječenja ili stresne situacije.
- Ako se utvrdi da je osoba koja boluje od depresije pod rizikom od samoubistva:
- Uzeti u obzir toksičnost kod predoziranja ako se propiše antidepresiv ili ako osoba uzima druge lijekove; ako je neophodno, ograničiti dostupnu količinu lijeka/lijekova
- Uzeti u obzir povećanje nivoa podrške (npr. direktniji kontakt s pacijentom, kućna posjeta)
- Imati plan upućivanja i direktnu prohodnost ka specijalisti za mentalno zdravlje

KORAK 2: DEPRESIJA JE KONSTATOVANA – ISTRAJNI DEPRESIVNI SIMPTOMI ISPOD NAJNIŽIH KVALIFIKUJUĆIH ILI BLAGA DO UMJERENA DEPRESIJA

- Kada depresiju prati simptom anksioznosti, prioritet je uglavnom liječenje depresije. Kada osoba ima anksiozni poremećaj i komorbidnu depresiju ili depresivne simptome, uzeti u obzir liječenje anksioznosti prvo (pošto će djelotvorno liječenje anksioznosti često pozitivno uticati na depresiju ili depresivne simptome);
- Ponuditi ljudima oboljelim od depresije savjet o životnim izborima kao što su higijena sna, režim ishrane i fizička aktivnost (i njen pozitivan uticaj na depresivne simptome);
- Za ljude koji se mogu oporaviti bez intervencije, ljude sa blagom depresijom koji ne žele intervenciju ili ljude sa depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju koji žele intervenciju:
- Raspraviti problem(e) i bilo kakve zabrinutosti koje osoba može imati u pogledu njih
- Pružiti informacije o prirodi i toku depresije
- Organizovati dalju procjenu u toku sledeće dvije sedmice
- Ostvariti kontakt ukoliko se osoba ne pojavi na naknadnim sastancima.

Psihosocijalne intervencije niskog intenziteta

Za ljude sa učestalim depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju ili sa blagom do umjerenom depresijom, razmotriti nuđenje jedne ili više od sledećih intervencija u zavisnosti od lične želje:

- Individualna usmjerena samopomoć zasnovana na principima kognitivno-bihejvioralne terapije
- Kompjuterizovana kognitivno-bihejvioralna terapija

ili slične onlajn intervencije iz oblasti mentalnog zdravlja

- Strukturisani program grupne fizičke aktivnosti.

Za onlajn intervencije iz oblasti mentalnog zdravlja zasnovane na principima kognitivno- bihejvioralne terapije, uzeti u obzir sledeće:

- Obezbeđivanje ličnog kompjuterskog programa ili programa zasnovanog na internetu
- Uključiti i objašnjenje modela kognitivno-bihejvioralne terapije za korisnike, ohrabriti domaći rad i aktivno učestvovanje u zadacima između sesija
- Koristiti kreativne načine za aktivno praćene ponašanja, obrazaca misli i ishoda da bi se korisnik držao zaokupiranim
- Uključiti obučenu osobu koja može da sprovodi program, prati napredovanje i pruža podršku i pomoć gdje bude potrebno
- Osigurati prikladan vremenski period za program (npr. 9 do 12 sedmica, što uključuje i naknadno praćenje)

Za programe fizičke aktivnosti uzeti u obzir:

- Grupni format za fizičku aktivnost, vođen od strane osobe obučene da vodi grupe za fizičku aktivnost u različitim stepenima težine
- Ponuditi programe za grupne aktivnosti umjerenog trajanja (npr. 45 do 60 minuta), više puta tokom sedmice i dovoljno ukupno trajanje (npr. bar 10 sedmica)

Za intervencije usmjerene samopomoći, uzeti u obzir:

- Pružanje pisanih materijala o depresiji i oporavku (ili alternativnim načinima komunikacije da se olakša pristup, gdje je neophodno)
- Uključiti obučenog stručnjaka koji sprovodi program samopomoći i nadgleda napredak i ishode tokom vremena

- Strukturisanje programa samopomoći u 6 do 8 sesija koje sa stoje kako od internet/telefonskog kontakta tako i od kontakta licem u lice tokom perioda od 9 do 12 sedmica.

Uzeti u obzir grupnu kognitivno-bihevioralnu terapiju za ljude sa učestalim depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju ili sa blagom do umjerenom depresijom koji odbijaju psihosocijalne intervencije niskog intenziteta. Grupna kognitivna terapija za ljude sa učestalim depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju ili sa blagom do umjerenom depresijom bi trebalo da:

- Bude strukturisana
- Da je vode obučeni i kompetentni stručnjaci
- Da se sastoji od 10 do 12 sastanaka sa osam do deset učesnika
- Obično traje preko 12 do 16 sedmica, uključujući naknadne provjere.

Ne koristiti antidepresive rutinski za liječenje učestalih depresivnih simptoma ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju ili blagu depresiju zato što je odnos rizika naspram koristi loš, ali uzeti ih u obzir za ljude sa:

- Istorijom umjerene do jake depresije ili prvobitnom pojavom depresivnih simptoma ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju koji su bili dugo prisutni (obično bar dvije godine)
- Depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju ili blagom depresijom koja opstaje nakon što su ostale intervencije isprobane.

KORAK 3: ISTRAJNI DEPRESIVNI SIMPTOMI ISPOD NAJNIŽIH KVALIFIKUJUĆIH ZA DEPRESIJU; BLAGA DO UMJERENA DEPRESIJA SA NEADEKVATNOM REAKCIJOM NA INICIJALNE INTERVENCIJE; UMJERENA DO JAKA DEPRESIJA

Za ljude sa učestalim depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za pragu depresiju ili sa blagom do umjerenom depresijom kojima nije pomogla psihosocijalna intervencija niskog intenziteta, raspraviti relativne koristi drugačijih intervencija i pružiti:

- Antidepresiv (obično selektivni inhibitor preuzimanja serotonina) ili
- Psihološku intervenciju visokog intenziteta (kognitivno-bihevioralna terapija, interpersonalna terapija); bihevioralnu terapiju za parove za ljude koji imaju stalnog partnera i gdje veza doprinosi razvoju ili održavanju depresije ili gdje uključivanje partnera može da ima potencijalnu terapeutsku korist.

Za ljude sa umjerenom do jakom depresijom, pružiti kombinaciju antidepresiva i psihološke intervencije visokog intenziteta (kognitivno-bihevioralna terapija, interpersonalna terapija).

Na izbor intervencije treba da utiče:

- Trajanje epizode depresije i tok simptoma
- Prethodni tok depresije i reakcija na liječenje
- Vjerovatnoća pridržavanja tretmana i bilo koja neželjena dejstva
- Lične želje i prioritete za liječenje.

Za ljude koji pate od depresije koji odbijaju antidepresive, kognitivno-bihevioralnu terapiju, interpersonalnu terapiju, bihevioralnu aktivaciju i bihevioralnu terapiju za parove, uzeti u obzir:

- Savjetovanje za ljude sa učestalim depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za pragu

depresiju ili sa blagom ili umjerenom depresijom

- Kratkotrajna psihodinamska psihoterapija za ljude sa blagom ili umjerenom depresijom.

Izbor antidepressiva

Raspraviti opcije liječenja antidepressivima sa osobom koja boluje od depresije i razmotriti:

- Izbor antidepressiva, uključujući bilo koja očekivana štetna dejstva (npr. nuspojave i simptome prestanka) i moguće interakcije sa podudarnim lijekovima ili fizičkim zdravstvenim problemima
- Ako je relevantno, iskustvo sa prethodno uzimanim antidepressivima; i pacijentovo viđenje njihove djelotvornosti i podnošljivosti
- Kada se antidepressiv propiše, obično je to selektivni inhibitor preuzimanja serotonina u opštem obliku zato što su selektivni inhibitori preuzimanja serotonina podjednako djelotvorni kao ostali antidepressivi i imaju povoljan odnos rizika naprema koristi. **Međutim, obratiti pažnju na:**
- Selektivni inhibitori preuzimanja serotonina su povezani sa povećanim rizikom od krvarenja, posebno kod starijih ljudi ili ljudi koji uzimaju druge lijekove koji imaju mogućnost da oštete gastrointestinalnu sluzokožu ili da ometaju zgrušavanje. Naročito, uzeti u obzir propisivanje gastro zaštitnog lijeka starijim ljudima koji uzimaju ne steroidne anti inflamatorne lijekove ili aspirin.
- Fluoksetin, fluvoksamin i paroksetin su povezani sa većom sklonošću za interakciju sa drugim lijekovima od ostalih selektivnih inhibitora preuzimanja serotonina
- Paroksetin je povezan sa većom učestalošću simptoma prestanka od ostalih selektivnih inhibitora preuzimanja serotonina

Uzeti u obzir toksičnost kod predoziranja pri biranju antidepressiva za ljude sa značajnim rizikom od samoubistva. Uzeti u obzir da:

- U poređenju sa ostalim podjednako djelotvornim antidepressivima preporučenim za rutinsku upotrebu u primarnoj njezi, venlafaksin je povezan sa većim rizikom od smrti predoziranjem
- Triciklični antidepressivi, osim lofepramina, su povezani sa većim rizikom predoziranja.

Pri propisivanju lijekova osim selektivnih inhibitora preuzimanja serotonina, uzeti sledeće u obzir:

- Povećana vjerovatnoća da će osoba prestati sa liječenjem zbog nuspojava (i dosljedne potrebe za postepenim povećanjem doze) sa venlafaksinom, duloksetinom i tricikličnim antidepressivima.
- Posebna upozorenja, kontraindikacije i zahtjevi za nadgledanje

Početna i prvobitna faza liječenja

Pri propisivanju antidepressiva, istražiti sve bojazni koje osoba koja boluje od depresije ima u vezi sa uzimanjem lijekova, objasniti u potpunosti razloge za propisivanje i pružiti podatke o uzimanju antidepressiva, uključujući:

- Postepeno razvijanje kompletnog dejstva antidepressiva
- Važnost uzimanja lijekova kako je propisano i neophodnost nastavljanja liječenja nakon remisije
- Moguće nuspojave i mogućnost interakcija sa drugim lijekovima
- Rizik i prirodu simptoma pri naglom prekidu terapije sa svim antidepressivima, posebno sa lijekovima kraćeg polu života (kao što su paroksetin i venlafaksin) i kako se ti simptomi mogu ublažiti
- Činjenicu da antidepressivi ne izazivaju zavisnost. Za ljude koji su počeli da uzimaju antidepressive, ali se

ne smatraju pod rizikom od samoubistva, obično prva kontrola se zakazuje nakon dvije sedmice. Redovne kontrole nakon toga, u intervalima od 2 do 4 sedmice u prva 3 mjeseca, a onda u dužim intervalima ako je reakcija prihvatljiva.

Osoba koja boluje od depresije koja je počela da uzima antidepresive i za koju se smatra da ima povećani rizik od samoubistva ili je mlađa od 30 godina (zbog moguće povećane učestalosti samoubilačkih misli u početnim fazama liječenja antidepresivima za tu grupu) treba kontrolisati nakon sedmicu dana i nakon toga sa primjerenom učestalošću sve dok se rizik više ne smatra klinički važnim.

Ako osoba koja boluje od depresije razvije nuspojave u početnim fazama liječenja antidepresivima, pružiti prikladne informacije i uzeti u obzir jednu od sledećih strategija:

- Pratiti simptome blisko tamo gdje su nuspojave blage i prihvatljive osobi ili
- Prestati s antidepresivom ili se prebaciti na drugi antidepresiv ako osoba želi ili
- Uzeti u obzir kratkotrajno uzastopno liječenje benzodiazepinom ako su anksioznost, uzrujanost i/ili nesanica problematični (osim kod ljudi sa hroničnim simptomima anksioznosti); ovo bi trebalo obično da traje ne više od dvije sedmice da bi se spriječilo stvaranje zavisnosti.
- Ljudi koji započnu sa niskom dozom tricikličnih antidepresiva i koji imaju jasnu klinički reakciju mogu se zadržati na toj dozi uz pažljivo promatranje.

Ako osoba koja boluje od depresije ne pokaže nikakvo poboljšanje nakon dvije do četiri sedmice sa prvim antidepresivom, provjeriti da li se lijek uzimao redovno u propisanoj dozi.

Ako je reakcija odsutna ili minimalna nakon 3 do 4 sedmice liječenja sa terapijskom dozom antidepresiva,

povećati nivo podrške (na primjer, direktni ili telefonski kontakt dvaput sedmično) i uzeti u obzir:

- Povećanje doze u skladu sa sažetkom karakteristika lijeka ako nema značajnih nuspojava ili
- Prebacivanje na drugi antidepresiv

Ako osoba koja boluje od depresije pokaže poboljšanje do 4 sedmice, nastaviti s liječenjem još dvije do četiri sedmice. Uzeti u obzir prebacivanje na drugi antidepresiv ako:

- Reakcija i dalje nije adekvatna ili
- Postoje nuspojave ili
- Osoba želi da promijeni metod liječenja.

Psihološke intervencije

Pružanje psiholoških intervencija visokog intenziteta. Za sve psihološke intervencije visokog intenziteta, trajanje liječenja bi obično trebalo da bude unutar granica naznačenih u ovim smjernicama. Pošto je cilj liječenja da se ostvari značajno poboljšanje ili remisija, trajanje liječenja može biti smanjeno ako se remisija ostvari ili povećano ako se ostvaruje napredak i postoji slaganje između stručnjaka i osobe koja boluje od depresije da bi dodatne sesije mogle biti od koristi.

- Za sve ljude koji boluju od depresije i pohađaju individualnu kognitivno-bihevioralnu terapiju, trajanje liječenja bi trebalo obično da bude od 16 do 20 sesija u trajanju od 3 do 4 mjeseca. Takođe, uzeti u obzir da se obezbijede:
- Dvije sesije sedmično prvih dvije do tri nedelje liječenja ljudima sa umjerenom ili jakom depresijom
- Naknadne sesije koje se obično sastoje od tri do četiri sesije tokom sledećih tri do 6 mjeseci za sve ljude koji boluju od depresije.
- Za sve ljude koji boluju od depresije i pohađaju interpersonalnu terapiju, trajanje liječenja bi tre-

balo obično da bude od 16 do 20 sesija u trajanju od 3 do 4 mjeseca. Za ljude za jakom depresijom, razmotriti obezbjeđivanje dvije sesije sedmično prve dvije do tri sedmice liječenja.

- Za sve ljude koji boluju od depresije i koji idu na bihevioralnu aktivaciju, trajanje liječenja bi trebalo obično biti od 16 do 20 sesija u trajanju od 3 do 4 mjeseca. Takođe, uzeti u obzir da se obezbijede:
- Dvije sesije sedmično prvih dvije do tri nedelje liječenja ljudima sa umjerenom ili jakom depresijom
- Naknadne sesije koje se obično sastoje od tri do četiri sesije tokom sledećih tri do 6 mjeseci za sve ljude koji boluju od depresije.
- Terapija za parove koji boluju od depresije bi obično trebalo da bude zasnovana na bihevioralnim principima i adekvatan kurs terapije bi trebao biti 15 do 20 sesija u trajanju od 5 do 6 mjeseci.
- Za sve ljude sa učestalim depresivnim simptomima ispod najnižih kvalifikujućih za depresiju ili sa blagom do umjerenom depresijom koji idu na savjetovanje, trajanje liječenja bi trebalo obično da bude od 6 do 10 sesija u trajanju preko 8 do 12 sedmica.
- Za sve ljude sa blagom do umjerenom depresijom koji pohađaju kratkotrajnu psihodinamsku psihoterapiju, trajanje liječenja bi trebalo obično da bude od 16 do 20 sesija u trajanju od 4 do 6 mjeseci.

Savjetovati ljude sa zimskom depresijom koja prati sezonski obrazac i koji žele da probaju blagu terapiju radije nego antidepresive ili psihološki metod liječenja da su podaci o djelotvornosti blage terapije nejasni.

Pri propisivanju antidepresiva starijim ljudima:

- Propisati u dozi odgovarajućoj godištu pacijenta uzimajuću u obzir dejstvo na uopšteno fizičko

zdravlje i prateće lijekove

- Pažljivo posmatrati nuspojave.

Napredna njega kod depresije

Kontrolu lijekova kao odvojenu intervenciju kod ljudi oboljelih od depresije ne bi trebalo raditi rutinski. Najvjerovatnije će biti djelotvorna ako je dio kompleksnije intervencije.

Kod ljudi oboljelih od jake depresije i kod onih oboljelih od umjerene depresije i kompleksnih problema, uzeti u obzir:

- Uput specijalisti za mentalno zdravlje za program koordinisane multidisciplinarne njege
- Obezbjeđivanje kolaborativne njege ako je depresija u kontekstu hroničnog fizičkog oboljenja sa udruženim funkcionalnim pogoršanjem

Pri provjeravanju metoda liječenja lijekovima kod osobe oboljele od depresije čiji simptomi nisu adekvatno reagovali na početne farmakološke intervencije:

- Provjeriti da li se pridržavaju prvobitnog liječenja i da li ima nuspojava
- Povećati učestalost sastanaka koristeći nadgledanje ishoda sa utvrđenim mjerama ishoda, biti svjestan da upotreba jednog antidepresiva u odnosu na kombinaciju lijekova ili dodavanje drugih obično izaziva manje nuspojave
- Uzeti u obzir ponovno uvođenje prethodnih metoda liječenja koji su bili neadekvatno pruženi ili kojih se pacijent nije adekvatno pridržavao, uključujući povećanje doze
- Uzeti u obzir prebacivanje na drugi antidepresiv.

Promjena antidepresiva

Pri prebacivanju na drugi antidepresiv, imati u vidu da su podaci o relativnoj prednosti prebacivanja unutar

ili među klasama antidepresiva slabi. Uzeti u obzir prebacivanje na:

- U početku drugačiji selektivni inhibitor preuzimanja serotonina ili noviji antidepresiv koji se bolje podnosi
- Antidepresiv drugačije farmakološke klase koji se možda toleriše slabije, na primjer venlafaksin, triciklični antidepresiv ili inhibitor monoaminske oksidaze.

Prebacivanje na drugi antidepresiv se obično postiže unutar sedmicu dana ako se prebacuje sa lijekova sa kratkim poluživotom, uzeti u obzir mogućnost interakcija pri biranju novog lijeka i prirodu i trajanje prebacivanja. Biti izuzetno pažljiv kod prebacivanja:

- Sa fluoksetina na druge antidepresive, zato što fluoksetin ima dug polu život (približno sedmicu dana) i sa fluoksetina ili paroksetina na triciklični antidepresiv, zato što oba ova lijeka inhibiraju metabolizam tricikličnih antidepresiva; biće neophodna niža početna doza tricikličnih antidepresiva, posebno kod prebacivanja sa fluoksetina zbog njegovog dugog zadržavanja u organizmu na novi serotonergički antidepresiv ili inhibitor monoaminske oksidaze, zbog rizika od serotoniniskog sindroma.
- Sa ireverzibilnog inhibitora monoaminske oksidaze: potreban je period od dvije sedmice za čišćenje

Kombinovanje i dopuna drugim lijekovima

Kada se koristi kombinacija lijekova (što bi se obično trebalo jedino raditi na nivou primarne zdravstvene zaštite uz savjetovanje s nadležnim psihijatrom).

- Raspraviti razloge za korištenje bili kakve kombinacije kod osobe oboljele od depresije i motriti pažljivo zbog štetnih dejstava

- Biti upoznat sa početnim podacima i uzeti u obzir dobijanje dodatnog mišljenja pri korištenju neuobičajenih kombinacija
- Dokumentovati razloge za izabranu kombinaciju. Ako je osoba oboljela od depresije obaviještena o, i spremna da podnese, povećani teret nuspojava, uzeti u obzir dodavanje litijuma ili antipsihotika kao što su aripiprazol*, olanzapin*, kvetijapin*, risperidon* ili neki drugi antidepresiv kao što je mirtazapin ili mianserin. Postarati se da se pri propisivanju litijuma ili antipsihotika pažljivo prate nalazi i zdravstveno stanje.

Sledeće pristupe ne bi trebalo sprovoditi rutinski:

- dopuna antidepresiva benzodiazepinom duže od dvije sedmice jer postoji rizik od stvaranja zavisnosti
- dopuna antidepresiva buspironom*, karbamazepinom*, lamotriginom* ili valproatom* jer ne postoji dovoljno podataka o njihovoj upotrebi
- dopuna antidepresiva pindololom* ili hormonima štitne žlijezde*. Kombinovano psihološko i farmakološko liječenje

Osobi oboljeloj od depresije koja nije reagovala na farmakološke niti psihološke intervencije, uzeti u obzir kombinovanje antidepresiva sa kognitivno-bihevioralnom terapijom.

Osobi oboljeloj od depresije koja nije reagovala na razne pristupe za dopunu ili kombinaciju metoda liječenja, uzeti u obzir upućivanje na praktičara specijalistu za liječenje depresije, ili specijalističku službi.

Podržati i ohrabriti osobu koja je imala koristi od uzimanja antidepresiva da bi se nastavilo uzimanje lijekova bar 6 mjeseci nakon remisije depresivne epizode.

Razmotriti sa osobom oboljelom od depresije potrebu za nastavljenom upotrebom antidepresiva i duže od 6 mjeseci nakon remisije, imajući na umu:

- prethodni broj depresivnih epizoda
- prisustvo preostalih simptoma
- Istovremene fizičke zdravstvene probleme i psihosocijalne poteškoće.

Kod ljudi oboljelih od depresije koji imaju značajan rizik ponovnog javljanja depresije ili imaju historiju povratnih depresivnih epizoda, raspraviti metode liječenja koji smanjuju rizik od ponovnog javljanja, uključujući nastavljajući se sa lijekovima, dopunu lijekova drugim ili psihološki metod liječenja (kognitivno-bihevioralna terapija). Izbor metoda liječenja bi trebao biti pod uticajem: prošlog iskustva sa liječenjem, uključujući posljedice ponovnog javljanja, preostale simptome, reakciju na prethodno liječenje i bilo koji prekid liječenja i želje pacijenta.

Savjetovati ljude oboljele od depresije da nastave sa antidepresivima bar dvije godine ako imaju rizik od ponovnog javljanja. Održavati dozu lijekova pri kojoj je liječenje bilo djelotvorno (osim ako postoji dobar razlog za smanjenje doze, kao što su neprihvatljiva štetna dejstva)

Ljudi koji su imali mnogobrojne depresivne epizode i koji su imali dobre reakcije na liječenje antidepresivom i dopunskim agensom, treba da ostanu na istoj kombinaciji nakon remisije ako im se nuspojave čine podnošljivim i prihvatljivim. Ako se ijedan od lijekova prekine, to bi obično trebalo da bude dopunski agens. Litijum ne bi trebalo koristiti samostalno za sprječavanje ponovnog javljanja depresije.

Psihološke intervencije za sprječavanje ponovnog javljanja depresije

Ljudi oboljeli od depresije za koje se smatra da imaju značajan rizik od ponovnog javljanja (uključujući one kojima se depresija ponovo javila uprkos liječenju an-

tidepresivima ili koji nisu u mogućnosti ili su izabrali da ne nastave sa liječenjem antidepresivima) ili koji imaju preostale simptome, bi trebalo ponuditi sledeće psihološke intervencije:

- Individualna kognitivno-bihevioralna terapija ili kognitivne terapije na bazi pune svjesnosti (mindfulness) tehnika
- Za kognitivno-bihevioralnu terapiju, trajanje liječenja bi trebalo obično biti od 16 do 20 sesija u trajanju od 3 do 4 mjeseca. Ako trajanje liječenja treba da se produži radi postizanja remisije treba da:
- Se sastoji od dvije sesije sedmično prvih dvije do tri sedmice liječenja
- Uključuje naknadne propratne sesije, koje obično traju 4 do 6 sesija tokom sledećih 6 mjeseci.
- Za kognitivnu terapiju na bazi pune svjesnosti (mindfulness) tehnika, treba biti:
- Pružena u grupama koje imaju od 8 do 15 učesnika i koje saastoje od dvosatnih sastanaka kroz 8 sedmica i četiri propratne sesije u 12 mjeseci nakon završetka liječenja.

Prekidanje ili smanjenje doze antidepresiva

Savjetovati ljude oboljele od depresije, koji uzimaju antidepresive da simptomi nagle diskontinuacije mogu da se pojave kod prekida, propuštanja doza ili ponekad, kod smanjenja doze lijeka. Objasniti da su simptomi obično blagi i samoograničavajući oko sedmicu dana, ali mogu biti jaki, posebno ako se lijek prekine iznenada.

- Postepeno smanjiti dozu, obično kroz period od 4 sedmice, iako je nekim ljudima neophodan duži period, posebno kod lijekova sa kraćim polu životom
- U slučaju da se simptomi prekida pojave:
- Pratiti simptome i razuvjeriti osobu ako su blagi

- Uzeti u obzir ponovno davanje antidepresiva u dozi koja je bila djelotvorna (ili drugog antidepresiva sa dužim poluživotom iz iste klase) ako su simptomi jaki i smanjivati dozu postepeno cijelo vrijeme prateći simptome

KORAK 4:

KOMPLEKSNA I JAKA DEPRESIJA

Procjena osobe oboljele od depresije prilikom upućivanja kod specijaliste za mentalno zdravlje treba da sadrži:

- Njihov profil simptoma, rizik od samoubistva i, gdje je prikladno, istorijat prošlih liječenja
- Povezane psihosocijalne izazivače stresa, činioce ličnosti i značajne poteškoće u vezama, posebno ako je depresija hronična ili povratna
- Povezane komorbiditete

U specijalističkim službama mentalnog zdravlja, nakon pažljivog pregleda prethodnih metoda liječenja depresije, uzeti u obzir uvođenje prethodnih metoda liječenja kojih se pacijent nije pridržavao ili koji nisu bili adekvatno pruženi. Koristiti metod rješavanja krize i timove za kućno liječenje za ublažavanje kriza kod ljudi oboljelih od jake depresije koji predstavljaju visok rizik, i da bi se pružila njega visokog kvaliteta. Timovi bi trebalo da rade praćenje rizika kao prioritetnu rutinsku aktivnost na način koji omogućava ljudima da vode svoje živote bez prekida.

Timovi koji rade s ljudima oboljelim od kompleksne i jake depresije treba da razviju sveobuhvatne multidisciplinarnе planove njege u saradnji sa osobom oboljelom od depresije (kao i njihovom porodicom ili njegovateljima, ako se osoba slaže). Plan njege bi trebalo:

- Da jasno identifikuje uloge i zaduženja svih zdravstvenih i socijalnih stručnjaka
- Da razvije plan u slučaju krize koji identifikuje

moguće okidače koji mogu da izazovu krizu i pristupe ublažavanju takvih okidača

- Da te planove dostave ljekaru opšte prakse i osobi oboljeloj od depresije i ostalim bitnim ljudima uključenim u brigu o toj osobi.

Ne odstupati od pristupa liječenju depresije na osnovu pod-tipova (npr. atipiča depresija ili sezonski afektivni poremećaj) ili na osnovu ličnih karakteristika (npr. pol ili etnička pripadnost) jer ne postoje podaci koji to podržavaju.

Smjernice možete preuzeti i na sajtu Ministarstva
<http://www.mzdravlja.gov.me/rubrike/nacionalne-sm-jernice-2017-Depresija>

MEĐUNARODNI DAN DJECE OBOLJELE OD MALIGNIH BOLESTI

U Podgorici je 15. 02.2019. u organizaciji Instituta za javno zdravlje i Instituta za bolesti djece KC Crne Gore obilježen Međunarodni dan djece oboljele od malignih bolesti. U radu su učestvovali dr Saša Radović, mr sci. med, doc.dr Nebojša Kavarić, dr Marijana Karišik, doc. dr Ljiljana Vučković, dr Verica Osmanović i Dijana Stojanović.

Maligne bolesti dječije dobi, sa incidencijom koja iznosi oko 137. 5 na milion djece godišnje, čine približno 1% svih novodijagnostifikovanih maligniteta. Od prvog predloženog tretmana kancera u dječijem uzrastu od strane Sidney Farber 1948. godine, područje pedijatrijske onkologije se stalno razvija sa izvanrednim rezultatima u preživljavanju koji se približavaju procentu od 82% (1). Mnoge od ovih, donedavno neizlječivih bolesti danas su u visokom procentu izlječive zahvaljujući primjeni i standardizaciji savremenih protokola liječenja. Sa druge strane, postoji trend stalnog porasta broja oboljele djece, signifikatno leukemija, sa godišnjim porastom od 0. 66-0. 93% (2).

U pedijatrijskoj populaciji ekstremno su rijetki tumori epitelnih tkiva (karcinomi) koji su najzastupljenija grupa u odraslih. Za dječji uzrast karakteristični su embrionalni tumori koji nastaju od tkiva prisutnih u toku fetalnog i embrionalnog razvoja. Među najčešćim tumorima kod djece su akutna limfoblastna leukemija (ALL) (26%), tumori centralnog nervnog sistema (21%), neuroblastom (7%) i non Hodgkin limfomi (6%) (3). U Institutu za bolesti djece u Podgorici u toku 2018. godine liječeno je 31 dijete. Najveći broj su tumori centralnog nervnog sistema: 10 (32%), limfomi: 7 (22. 5%), leukemije: 6 (19.

5%), neuroblastomi: 4 (13%), nefroblastomi: 4 (10%) i histiocitoza: 1(3%).

Aдекватna procjena incidence i mortaliteta kancera nije moguća bez odgovarajućih registara. Registar malignih bolesti dječije dobi u Crnoj Gori nema kontinuitet. Podaci koji su dostupni odnose se na 2013. godinu. Radi poređenja i cilja kome treba težiti ukazujemo da u razvijenim zemljama Evrope postoji više od 200 registra malignih bolesti. Najpoznatiji su Sjevernoamerička asocijacija centralnih registara raka (North American Association of Central Cancer Registries), koja sadrži zbirne podatke za period od 1995. godine do danas, a obuhvaćeno je oko 95% stanovništva SAD (4). Drugi značajni registri obuhvataju Nacionalni registar tumora dječije dobi (National Registry of Childhood Tumors) u Velikoj Britaniji, koji sadrže podatke za period od 1962. godine; njemački registar za rak u djece (German Children's Cancer Registry); i Nacionalni registar za rak u djece (National Children's Cancer Registry) u Francuskoj (5).

Dijagnoza maligne bolesti započinje u ambulantni izabranog pedijatra. Nespecifični simptomi u vidu nejasne febrilnosti, gubitka u težini, anemije, bolova u ekstremitetima, treba da ukažu na neophodnost detaljne kliničke, laboratorijske i radiološke obrade. Upućivanje i definitivni terapijski protokol u specijalizovanim ustanovama su neophodni radi povoljnog ishoda. Ne smije se zaboraviti psihološki efekat bolesti na najmlađe pacijente u vulnerabilnom periodu odrastanja, kao i efekat na njihove porodice. Bezbolne procedure tokom dijagnoze i tretmana moraju biti dio standardne prakse.

Očekivanja od novih hematerapeutika i rezultata standardizovanih kliničkih studija su velika. Nažalost, još uvijek nije moguća potpuna primjena ciljane biološke terapije u dječijem uzrastu kao i molekularno genetičkih analiza. Takođe, velika polarizacija i ekonomska nejednačenost zemalja u razvoju ograničava potpunu dostupnost lijekova poslednje generacije svim pacijentima (6).

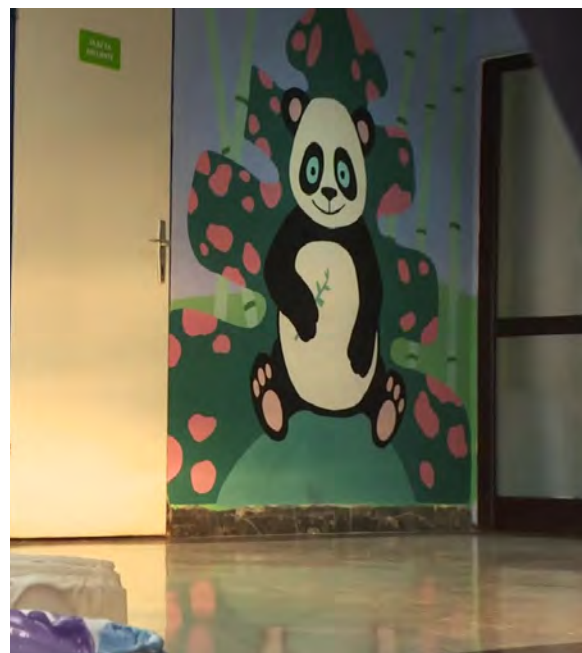
Maligne bolesti dječije dobi predstavljaju značajan društveni problem. Adekvatan tretman od strane specijalizovanih pedijatara-onkologa i hematologa je značajan segment, ali potpuni uspjeh u izlječenju zatijeva interdisciplinarni pristup i adekvatnu podršku, ne samo medicinskih radnika, već i šire društvene zajednice uz dugoročno praćenje i potpunu socijalnu reintegraciju najmlađih pacijenata.

*Dr Saša Radović, mr sci.med.
specijalista dječje hirurgije i dječje urologije
Institut za bolesti djece KCCG*

- Ward E, DeSantis C, Robbins A, Kohler B, Jemal A. *Childhood and adolescent cancer statistics, 2014. J Clin. 2014; 64: 83-103.*
- Steliarova-Foucher E, Stiller C, Colombet M, Kaatsch P, Zanetti R, Peris-Bonet R. *Registration of childhood cancer: moving towards pan-European coverage? Eur J Cancer 2015; 51 (9): 1064- 79.*
- Howlander N, Noone AM, Krapcho M et al. (eds) *SEER Cancer Statistics Review, 1975-2010. National Cancer Institute, Bethesda, MD, 2013.*
- Rowland JH, Kent EE, Forsythe LP et al. *Cancer survivorship research in Europe and the United States: where have we been, where are we going, and what can we learn from each other? Cancer 2013; 119: 2094-108.*

Literatura

- Wolff JA. *History of pediatric oncology. Pediatr Hematol Oncol. 1991 Apr-Jun. 8(2):89-91. [Medline].*
- Mody R, Li S, Dover DC, Sallan S, Leisenring W, Oeffinger KC, et al. *Twenty-five-year follow-up among survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia: a report from the Childhood Cancer Survivor Study. Blood. 2008 Jun 15. 111(12):5515-23. [Medline]. [Full Text].*



PREGLED AKREDITOVANIH STRUČNIH SKUPOVA

JUL 2018- FEBRUAR 2019. GODINE

1. **Stručni sastanak „Epidemiologija za zdravstvene radnike, studente ispecijalizante“** u organizaciji OB „Blažo Orlandić“ Bar.
Datum i mjesto održavanja skupa: 02. avgust 2018. godine u Baru.
2. **Seminar „Nutricia Seminar“** u organizaciji kompanije Glosarij d.o.o Podgorica.
Datum i mjesto održavanja skupa: 25-27. maj 2018. godine u Kolašinu.
3. **Seminar „VII Sajam medicine“** u organizaciji „Madical“ d.o.o
Datum i mjesto održavanja skupa: 27-29. septembar 2018. godine u Podgorici.
4. **Peti kongres fizijatara Crne Gore sa međunarodnim učešćem** u organizaciji Udruženja fizijatara Crne Gore i Instituta „Dr Simo Milošević Igalo”.
Datum i mjesto održavanja skupa: 18-20. oktobar 2018. godine u Igalu.
5. **Simpozijum sa međunarodnim učešćem otorinolaringologa** u organizaciji Udruženja otorinolaringologa Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 28-30. septembar 2018. godine na Žabljaku.
6. **Seminar “Značaj i uloga balneologije u rehabilitaciji inflamatornih stanja”** u organizaciji Centra za naučno istraživački rad Instituta „Dr S. Milošević“, Igalo.
Datum i mjesto održavanja skupa: 26-27. septembar 2018. godine u Igalu.
7. **Domaći simpozijum sa međunarodnim učešćem “39. Sabor ljekara sjeverne Crne Gore i jugozapadne Srbije”** u organizaciji Nevladinog udruženja Društvo ljekara sjeverne Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 12-13. oktobar 2018. godine u Beranama.
8. **Međunarodni kurs I kategorije - ultrazvuka ramena i koljena „One Man Show”.**
Datum i mjesto održavanja skupa: 13-14. oktobar 2018. godine u Podgorici.
9. **Seminar “Dugotrajna lokalna primjena NSAIL kod osteoartroza u starih i pacijenata sa komorbiditetom”** u organizaciji Kompanije „Farmegra” d.oo.
Datum i mjesto održavanja skupa: 25. oktobar 2018. godine u Podgorici.

10. **Međunarodni kongres endokrinologa Crne Gore i R.Srbije**, u organizaciji Udruženja endokrinologa Crne Gore,
Datum i mjesto održavanja skupa: 11-14. oktobar 2018. godine u Budvi.
11. **Drugi zajednički sastanak Udruženja kardiologa Srbije i Udruženja kardiologa Crne Gore** u organizaciji Udruženja kardiologa Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 05-07. oktobar 2018. godine u Budvi.
12. **Međunarodni simpozijum "Panadriatic Meeting"**,
Datum i mjesto održavanja skupa: 19-20. oktobar 2018. godine u Budvi.
13. **„Drugi kongres preventivne pedijatrije Crne Gore sa međunarodnim učešćem“** u organizaciji asocijacije za preventivnu pedijatriju Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 02-04. novembar 2018. godine u Bečićima.
14. **Stručni skup „Optimalno liječenje očnih bolesti“** u organizaciji Dnevne bolnice „Optimal“ Podgorica .
Datum i mjesto održavanja skupa: 03. novembar 2018. godine u Podgorici.
15. **Seminar „ 10 godina CALIMS u korak sa EU standardima – nauka i regulativa u službi zdravlja“** u organizaciji Agencije za lijekove i medicinska sredstva, Podgorica.
Datum i mjesto održavanja skupa: 18-20. oktobar 2018. godine u Igalu.
16. **„Stručni sastanak Udruženja pedijatara Crne Gore“** u organizaciji Udruženja pedijatara Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 19. oktobar 2018. godine u Podgorici.
17. **Kurs „Izazovi u liječenju onkoloških pacijenata“** u organizaciji Društva ljekara sjeverne Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 13. oktobar 2018. godine u Podgorici.
18. **Domaći simpozijum sa međunarodnim učešćem „Circles of life“** u organizaciji Udruženja neurologa Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 19-20. oktobar 2018. godine u Tivtu.
19. **Stručni sastanak “Udruženje ginekologa i akušera Crne Gore”** u organizaciji Udruženje ginekologa i akušera Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 09. novembar 2018. godine u Podgorici.

20. **Stručni sastanak „Kliničke karakteristike melanoma za zdravstvene radnike”** u organizaciji JZU Opšta bolnica Bar.
Datum i mjesto održavanja skupa: 29-30. novembar 2018. godine u Baru.
21. **Stručni sastanak „Metode rane detekcije melanoma za zdravstvene radnike”** u organizaciji JZU Opšta bolnica Bar.
Datum i mjesto održavanja skupa: 29-30. novembar 2018. godine u Baru.
22. **Stručni sastanak „Aktuelnosti u pulmologiji”** u organizaciji Respiratornog udruženja Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 24-25. novembar 2018. godine u Kolašinu.
23. **Stručni sastanak „Unapređenje nadzora nad neželjenim događajima nakon imunizacija”** u organizaciji Instituta za javno zdravlje Crne Gore i CALIMS-a.
Datum i mjesto održavanja skupa: 18-20 i 25-27. septembar 2018. godine u Podgorici; 8-10. i 10-12. oktobar 2018. godine u Baru; 15-17. i 17-19. oktobar 2018. godine u Kotoru; 22-24. i 24-26. oktobar 2018. godine u Beranama i 29-31. oktobar i 31.10-02.11. 2018. godine u Bijelom Polju.
24. **Stručni sastanak „Mogućnosti za unapređenje Registra za moždane udare, preliminarni rezultati za 2013. godinu”** u organizaciji Instituta za javno zdravlje Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 13-14. decembar 2018. godine u Podgorici.
25. **Stručni sastanak “Udruženja radiologa Crne Gore”** u organizaciji Udruženja radiologa Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 07. decembar 2018. godine u Podgorici.
26. **Stručni sastanak „Program Savjetovaništa za brak, porodicu, reproduktivno i seksualno zdravlje”** u organizaciji Instituta za javno zdravlje Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: Održava se u više gradova.
27. **Stručni sastanak „Registar akutnog koronarnog sindroma i Registar šećerne bolesti”** u organizaciji Instituta za javno zdravlje Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 04.12, 06.12, 07.12.2018. godine u Podgorici.
28. **Stručni sastanak „Maligne neoplazme u Crnoj Gori i Evropski kodeks protiv raka”** u organizaciji Instituta za javno zdravlje Crne Gore.
Datum i mjesto održavanja skupa: 18, 20–21.12, 24–28.12. 2018. godine u Podgorici.

MJESTO ZA VAŠU REKLAMU

ČASOPIS KOMORE

Imate mogućnost oglašavanja i reklamiranja u časopisu „Bilten“ Ljekarske komore Crne Gore. Časopis „Bilten“ objavljuje se i dostupan je za čitanje na internet stranici Ljekarske komore Crne Gore ljekarskakomora.me.

Cijene reklama i oglasa u časopisu „Bilten“

stranice	Članovi Komore		Ostali	
	CB.	kolor + 50%	CB.	kolor + 50%
1/5 stranice	20 €	30 €	30 €	45€
1/4 stranice	40 €	60 €	60 €	90€
1/3 stranice	60 €	90 €	90 €	135€
1/2 stranice	90 €	135 €	135 €	200€
1 stranica	135 €	200 €	200 €	300€

Za sva obavještenja, uputstva i ponude obratite se sekretaru Uređivačkog odbora na e-mail adresu: djordjije.krnjivic@kccg.me

WEB STRANICA KOMORE

Vaše reklamne poruke i simbole možete postaviti na našu internet stranicu (naslovna strana).

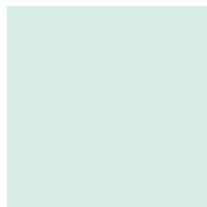
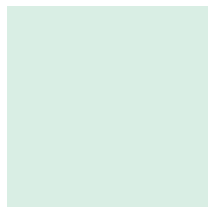
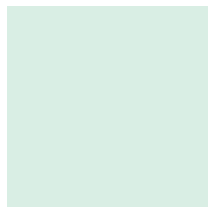
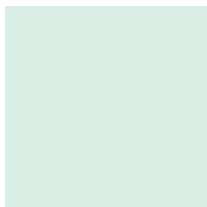
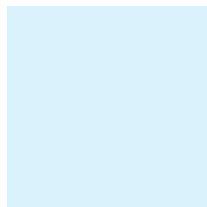
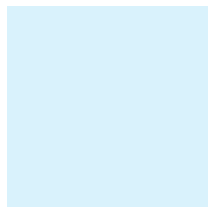
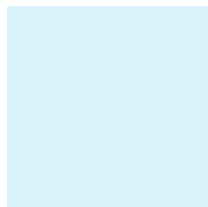
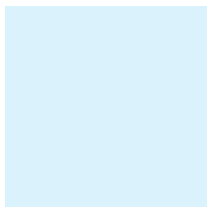
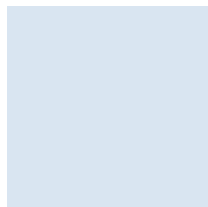
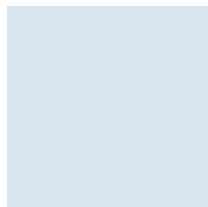
Cijene reklama na internet stranici Komore

- za članove komore i zdravstvene ustanove..... 30 eura (30 dana).
- za ostal..... 90 eura (30 dana).

Za sva obavještenja, uputstva i ponude obratite se sekretaru Komore na e-mail adresu: sekretar@ljekarskakomora.me.

Sredstva se uplaćuju na žiro račun Ljekarske komore Crne Gore, broj 510-7963-13, sa naznakom: reklama u časopisu „Bilten“ ili reklama na internet stranici Komore.

Dokaz o uplati dostaviti lično ili na e-mail adresu: info@ljekarskakomora.me.



Adresa: Ul Dragana Radulovića 17A, 81000 Podgorica
Mail: info@ljekarskakomora.me
Tel: +382 20 266 587
Žiro račun: 510-7963-13

 **LJEKARSKA KOMORA**
CRNE GORE
MONTENEGRIN MEDICAL CHAMBER

