

Razgovor s profesorom Silvijem Vuletićem

Uredništvo HČJZ

HČJZ: Što Vas je potaklo na rad u preventivi?

VULETIĆ: Prije 53 godine počeo sam raditi u ŠNZ „Andrija Štampar“, a želio sam se baviti populacijskom genetikom. Nisam bio 'social minded man'. Još za vrijeme studija, Željko Jakšić pozvao me da budem u Klubu „Andrija Štampar“, ali sam ga odbio i rekao da želim biti neurokirurg. Kada sam 1957. postao, da koristim današnju terminologiju, novak, moj mentor, prof. Kesić rekao mi je: „Pusti sada genetiku, treba otići raditi direktno u sustavu zdravstvene zaštite“ te me uputio da kao mlad liječnik vodim zdravstvenu stanicu Rude, u kojoj sam radio kompletnu zdravstvenu zaštitu punih devet mjeseci, bio sam pravi pravcati liječnik integralac. Dakle, preventiva nije bila moja primarna ideja, nego sam je zavolio radeći sve poslove tadašnje seoske zdravstvene zajednice. Vodio sam i tri mjeseca zdravstvenu stanicu u Domu zdravlja Trešnjevka, a također su me poslali da radim šest mjeseci kao liječnik u bolnici Rebro, na VI. Odjelu Interne klinike, na kojoj je bila kazuistika medicine rada i otrovanja. Kao specijalist higijene i socijalne medicine, nije mi se sviđjelo baviti organizacijom zdravstvene zaštite pa sam pobjegao u područje javnozdravstvene metodologije, naročito statistike, koja je jako obilježila moju edukaciju. Shvatio sam da epidemiološke i statističke metode mogu dati snagu analizi u socijalnoj medicini. To je tada bila važna odluka. Međutim, genetika mi je ostala stalno na periferiji moje profesije. Svojevremeno smo na poslijediplomskoj nastavi puno diskutirali oko definicije higijene. Na kraju su prihvatili moju definiciju higijene: optimalna fenotipizacija datog genotipa. Još i danas stojim pri toj definiciji. Populacijska genetika je ostala i dalje u mom srcu. Izuzetno me veseli što se projekt Hrvatska zdravstvena anketa (HZA) priprema za treću fazu akcije, s temom „Epigenetika kardiovaskularnih bihevioralnih faktora rizika“. Ne genetika, ne genomika, već epigenetika, čija je bit prepoznavanje okolinskog 'trigera' koji mobilizira genomske informacije.

HČJZ: Po vašoj procjeni, koja su najveća dostignuća i tehnologije koje su ostvarene u javnom zdravstvu? Kako bi usporedili ono vrijeme i danas uopće u svijetu?

VULETIĆ: Javno zdravstvo je izrazito društveno-politički proces, prebačen na osnovnu razinu, na razinu zajednice. Koliko je to medicinski, toliko je socijalno i politički. Pitanja koja su se postavljala nekada, postavljaju se i dan danas. Nema u javnom zdravstvu velikog napretka kao što se desilo u npr. kardiokirurgiji. U javnom zdravstvu su uvijek ista pitanja, isti

problemi i ne može se nešto veliko dogoditi. Možda će ga daljnji razvoj informatike, tehnologije usmjeriti na nova pitanja. Svaka osoba će moći odrediti svoj genotip kroz 24 sata. Tehnologija će prisiliti javno zdravstvo na nova ponašanja u preventivi. Problemi će se definirati u okvirima informatičkog sociotehnološkog sustava budućeg zdravstva, koji je eksplicitno kreiran, planiran i rukovođen.

HČJZ: U vrijeme Štampara su drugačiji problemi bili prioritetni, a ondašnja tehnologija je ipak uspijevala riješiti crijevne bolesti, dječje bolesti i sl., cijepljenje je učinkovito. Očekujete li pojavu sličnih tehnologija u današnje vrijeme s obzirom na kronične bolesti?

VULETIĆ: Ranije je bila jasna etiološka podloga zdravstvenih problema, bio je definirani agens i većina problema se univarijatno rješavala. Danas je javno zdravstvo kompleksan sustav, koji se sastoji od velikog broja komponenti s različitim tipovima međusobno povezanih i zavisnih ponašanja, a koji se često teško ili uopće ne mogu mjeriti. Ponašanje populacije i naše profesije glavna je varijabla u javnozdravstvenim istraživanjima.

HČJZ: Javnozdravstvene struke se atomiziraju, u posljednjih 50 godina nastalo je niz novih koje su se poslije osamostaljivale.

VULETIĆ: Fraktalna struktura je poznata u svim strukama. 1950-tih godina bio je Higijenski zavod sa školom. Tada je Štampar odlučio da škola postane sveučilišna ustanova, a Higijenski zavod postane samostalna ustanova. Tada se razbila povezanost ovih ustanova zbog različitih interesa, različitih ciljeva. I do dan danas se nije ponovno uspostavila veza; možda u zadnje vrijeme neke nove forme povezivanja se uspostavljaju. Prvo se, barem na školi, razvila medicina rada koja se osnažila, razvila svoj Zavod, svoje interese, onda se snažno razvila obiteljska medicina. Koncept integralnosti se razbio i pitanje je je li uopće moguć u budućnosti. Koncept integralnosti globalno nije potreban. Npr. u Japanu ne postoji integralnost, ne postoji primarna zdravstvena zaštita, a imaju najdulje očekivano trajanje života. Svaki pojedinac mora pronaći svoju integralnost i ljudsko ponašanje je najvažnija varijabla. To je novi termin u personalnoj medicini.

HČJZ: Na ovom našem brijegu gledajući javnozdravstvene struke, isprofilirale su se dvije specijalizacije: epidemiologija i javno zdravstvo. Bilo je pokušaja da se one na neki način objedine i oformi neka vrsta generalista koji bi bio prisutan na terenu. Ovako, i jedna i druga grade svoju mrežu na terenu po županijama.

VULETIĆ: Za generalista je kasno. Epidemiologija se razvila u jaku struku s brojnim specijalistima, možemo reći da imaju svoj ceh. Epidemiolozi vjeruju da je epidemiološka metoda osnovni alat javnog zdravstva, što je donekle točno. Ali u rješavanju javnozdravstvenih problema imamo na raspolaganju dvije metodološke paradigme, prva je

kvalitativno-fenomenološka i naturalistička, a druga je kvantitativna, epidemiološka i pozitivistička. Prva naglašava i uključuje kakvoću (qualities) i značenje nekog problema, vrednotu entiteta ili procesa, za razliku od druge, koja obavezno uključuje mjerenje, određivanje količine (quantities). Prva naglašava socijalnu strukturu prirode realiteta i stvara intiman odnos između istraživača i onog objekta koji se proučava, istraživač i objekt su u interakciji, u drugoj, istraživač i objekt su nezavisni, znano i neznano su zasebni, tvore dualizam. Prva je idiografska, bazira se na individualnim slučajevima, opisuje individualno i posebno, druga je nomotetička, tj. bazira se na nekom zakonu, statistička, procjenjuje parametre i pogreške. U prvoj je realnost multipla, konstruirana, holistična, vodi razumijevanju procesa, nema predikcije/kontrole, u drugoj je realnost pojedinačna, opipljiva, fragmentirana, nezavisna, kontrolirana i prediktivna. U prvoj svi su entiteti u stanju simultanog međusobnog oblikovanja, ciklička kauzalnost, u drugoj uzroci su istovremeni, vremenski prethodni, rezultat se tumači nekim djelovanjima, postoji linearnost. Konačno, u prvoj sirovina analize su riječi, tekstovi o događanjima i pojavama koji se u pravilu teško kvantificiraju, a istraživač je povezan s objektom ('value-bound'), u drugoj sirovina obrade je brojčana vrijednost na nekoj skali, postoji pravilo aditivnosti, a istraživač je neutralan ('value-free'). Po meni svako javnozdravstveno istraživanje treba početi kao kvalitativno-fenomenološko, a potom se primjenjuje kvantitativno-epidemiološka paradigma. Postoji logički metodološki niz javnozdravstvenih istraživanja: kvalifikacija - kvantifikacija - intervencija - evaluacija.

HČJZ: Je li uopće moguće mijenjati ponašanje zajednice i pojedinaca u njoj te što bi trebalo osigurati budući da naše ponašanje ne nastaje spontano, već postoje razni utjecaji na pojedinca, npr. mediji i sl.?

VULETIĆ: Pojavom neke ideje, ideologije i entuzijazma možda se može mijenjati ponašanje. U prošlih šezdesetak godina razvoja zdravstvene zaštite, djelovalo je više ideologija, svaka je djelovala na strukturu organizacija, a posljedično i na naše profesionalno ponašanje. Najstarija je Štamparova integrirane zdravstvene zaštite, naročito razvijena u vrijeme samoupravnog decentralizma, slijedi centralistička za vrijeme domovinskog rata, zatim liberalnog kapitalizma, a na vidiku je i tehnološko-scijentistička. One ne isključuju jedna druge, u nas kohabitira ideologija integralne zdravstvene zaštite s neoliberalnom kapitalističkom. Ta kohabitacija je uzrok aktualnih problema u zdravstvenoj zaštiti koje bi trebalo načelno i zakonski riješiti. Lijep primjer neoliberalne ideologije jest razvoj našeg koncepta primarnog ugovornog liječnika, s posljedicom da primarna zdravstvena zaštita gubi svoju integralnost te jako prevladava kurativna orijentacija primarnog liječnika.

HČJZ: Debljina i tjelesna neaktivnost najodgovorniji su u procesu nastajanja kroničnih bolesti. U Americi, unatoč početnim dobrim rezultatima promidžbenih kampanja protiv debljine, u posljednje vrijeme imamo informacije da problem debljine postaje sve veći.

VULETIĆ: U Americi ne mogu zaustaviti taj proces jer postoji stalan sukob javnozdravstvenih akcija i kontra-akcija industrijske prehrambene tehnologije. Konačno 'Fastfood' i 'BigMac' su tipične, vrlo efikasne američke tvorevine. Naime, globalizacija dovodi do stvaranja 'obesogene' okoline, okoline nezdravog obilja, a rizično ponašanje smanjenja fizičke aktivnosti, nezdrave prehrane, posljedično s povećanjem tjelesne težine i pretilosti te arterijskog tlaka, su logična posljedica ponašanja populacijskih skupina. Rizično ponašanje je antropološko svojstvo homo sapiensa determinirano složenim socioekonomskim faktorima. Danas je milijardu ljudi debelih i milijardu gladnih i mršavih.

HČJZ: Ima li Hrvatska mogućnosti težiti Skandinavskom modelu i što bi nama bile prepreke u tome?

VULETIĆ: Razlika je opet u rizičnom ponašanju populacije i efikasnosti organizacije javnog zdravstva. Mislim da skandinavske zemlje drugačije reagiraju na stvaranje zemlje obilja, na neki pametniji način, no mehanizam je nepoznat. Konačno i ekonomska kriza je drugačija između sjevera i juga Europe, protestantskih i rimokatoličkih, naročito mediteranskih zemalja. Hipotetski i tu treba tražiti potencijalni faktor. Rizično ponašanje populacije odvija se kao kompleksan sustav ponašanja koji tek treba istraživački razriješiti. Mi još uvijek ne znamo kako su ti procesi povezani sa načinima mjerenja, tehničkih postupaka, institucija, ideologija, tradicija i grupnih interesa, tako da ne znamo kakva je uzajamna ovisnost pa prema tome i kauzalnost.

HČJZ: Naše ponašanje je rezultat djelovanja genoma i okoline. Na genom ne možemo utjecati, ali na okolinu bi morali djelovati.

VULETIĆ: Za sada je to točno, ali tehnologija ide naprijed, danas se pojedincu može odrediti njegov genom za 24 sata, a košta sada oko 1500 US dolara, s godišnjim značajnim padom cijene određivanja nečijeg genoma. Dobiti informacije o kroničnim degenerativnim bolestima nije nikakav problem. Javno zdravstvo je potpuno nespremno na te mogućnosti nove dijagnostike bolesti. Zapravo pravno, moralno, etički, vjerski i organizacijski nismo u stanju razviti model profesionalnog ponašanja da bi se uhvatili u koštac s tim trendovima.

HČJZ: Postoje preventivne aktivnosti koje imaju neke rezultate, npr. smanjenje tlaka na razini populacije za 6 mm Hg ili smanjenje incidencije i prevalencije za 9%.

VULETIĆ: Pitanje je kod koga ćemo smanjiti. Ako gledamo podatke iz CroHort studije 2008. godine, samo su stariji ispitanici reagirali na smanjenje arterijskog tlaka, grupa do 44

godine ima povećanje svih rizičnih parametara generalno promatrajući. Tko se mijenja u pet godina? Starija populacija, oni koji su „načeti“. Na razini populacije mogli bismo npr. smanjiti sol u kruhu. Vjerojatno bi imalo učinak jer se ne bi mijenjao okus kruha kako tvrde tehnolozi. Mislim, s obzirom na jačinu javnozdravstvenih intervencija, da će se kardiovaskularno bihevioralno rizično ponašanje u slijedećih dvadesetak godina u nas i dalje povećavati. Mlađe i srednje dobne skupine su rezistentne na današnje javnozdravstvene intervencije.

HČJZ: Koliko Vi mislite da ima učinka intervencija na nacionalnoj razini, primjerice propisivanje smanjivanja razine soli u hrani, u odnosu na intervencije na lokalnoj razini kojima se pojedinci osnažuju da oni sami biraju ono što je za njih zdravije? Što Vi mislite kakav je odnos te dvije opcije? Koju Vi mislite da bi trebalo preferirati?

VULETIĆ: Preferiram obje. U svakoj organiziranoj državi moraju postojati Nacionalni programi intervencija, ali tu se otvara problem decentralizacije i implementacija nacionalnih programa na društveno-političku razinu lokalnih zajednica. Jedan od ciljeva nacionalnog programa u nas je smanjenje kardiovaskularnog mortaliteta. Mortalitet od kardiovaskularnih bolesti se smanjuje i to je sekularni trend. Hrvatska, Mađarska i Češka već 20 godina smanjuju taj mortalitet, ali se kreću na višoj razini nego Slovenija i Austrija. Razlog bi trebalo istražiti

HČJZ: radi li se o boljoj organizaciji preventive, zdravstvenog sustava ili nekom drugom razlogu.

HČJZ: BDP je u korelaciji s kardiovaskularnom smrtnosti, uglavnom, ne u potpunosti. Možda je razlog i u terapiji, tj. ranijem otkrivanju, boljem liječenju, bržoj intervenciji u slučaju kardiovaskularnog incidenta.

VULETIĆ: Reforma hitne pomoći je tu vrlo bitna i postavljanje granice od 1h do intervencije odgađa smrtnost od kardiovaskularnih bolesti za kasniju dob. Promijenili su se odnosi u društvu i tu postoji značajan utjecaj na smrtnost. Efikasnije kardio terapije sigurno odgađaju smrt i očekivano trajanje života se produžuje. No opet, dvije regije Hrvatske, Istočna Slavonija i Južna Dalmacija smanjuju mortalitet od kardiovaskularnih bolesti već dvadeset godina, ali kretanje mortaliteta u Istočnoj Slavoniji je stalno na višoj razini, uopće nema preklapanja trendova. Istovremeno rizični kardiovaskularni faktori ne pokazuju tu regionalnost. Ne možemo reći da znamo koji su kauzalni procesi razlika smrtnosti. Još smo uvijek na razini deskripcija, a ne na razini uzročnih analiza.

HČJZ: Kako komentirate promjenu naziva ministarstva zdravstva u ministarstvo zdravlja?

VULETIĆ: Svojevremeno je i Škola narodnog zdravlja trebala promijeniti naziv u Škola narodnog zdravstva. Osamdesetih godina o tome se vodila ozbiljna rasprava, da Školu preimenujemo u Školu javnog zdravstva. Bilo je pameti da se na to nije pristalo.

Naziv ovisi o prioritetima ministarstva: ako je to organizacija zdravstvenog sustava, onda treba biti ministarstvo zdravstva, ako je prioritet zdravlje naroda, onda ministarstvo zdravlja – dakle, ministarstvo samo treba odlučiti što je glavno pa prema tome prilagoditi naziv. Ti nazivi predstavljaju ideološki različite poruke.

HČJZ: Integralni pristup zdravlju - kakva je Vaša poruka, na čemu bi trebalo inzistirati, očekujemo li više ulaganja u preventivu? Ima li to smisla, s obzirom da je rizična ponašanja vrlo teško mijenjati?

VULETIĆ: Rizično ponašanje je jako svojstveno čovjeku, ne bi bilo evolucije bez rizičnog ponašanja. Kroz evoluciju se mijenjala prehrana, kultura, društveni odnosi. Mijenjanje rizičnog ponašanja populacije veliki je izazov javnozdravstvenih intervencija. Nemamo za sada pravi model, kako se uplitati u rizično ponašanje populacije.

HČJZ: Podrazumijeva li djelotvorna preventiva decentralizaciju, usmjeravanje mjera prema potrebama zajednice?

VULETIĆ: Svakako da. Imali smo decentralizirani sustav. Kasnije, kad je taj sustav neoliberalizmom promijenjen, dolazili su nam strani konzultanti i govorili da se trebamo decentralizirati. Rekli smo da smo to imali trideset godina. To je stvar ideologije. Domova zdravlja više nema, treba tražiti nova rješenja. Primarna zdravstvena zaštita će se za dvadeset godina potpuno drugačije oblikovati i funkcionirati. Svaki pojedinac mora razviti svoj vlastiti model integralnosti zdravlja.

HČJZ: Dom zdravlja, županijski zavodi - ima li smisla ujediniti ih u jednu instituciju koja bi onda zastupala interes države na području zdravlja stanovništva?

VULETIĆ: Mislim da da. Navest ću primjer nekada patronažne službe sestara.

Svojevremeno sam radio u Pazinu u domu zdravlja. Tamo je patronaža bila organski dio doma zdravlja. Svaka patronažna sestra imala je fiću, obilazile su stanovništvo, imali su kartoteke dijabetičara, epileptičara, sve je to postojalo. I onda su istrgnute iz sustava, postale su samostalne, njega u kući se odvojila i postala privatna.

HČJZ: Koliko ima smisla ustanova na županijskoj razini, s obzirom da bi fokus trebala biti zajednica, tj. manje okruženje. Koja bi trebala biti minimalna integralna organizacijska jedinica, da li bi to bio Dom zdravlja? Kako vidite postignuća savjeta za zdravlje oslonjenih na uprave?

VULETIĆ: Savjeti su zamišljeni da je to prostor za stručnjake, ali u nekima su prevladali birokratski interesi. Uspjeli su u županijama koje su i inače dobre u preventivi. Isto je i sa Zdravim županijama - projekt je postigao značajne uspjehe u Istri, Međimurju, Primorsko-goranskoj županiji koje su i inače uspješne u području preventive. Za ovakve projekte značajno je osigurati odgovarajuće financiranje.

HČJZ: Privatni i javni interes u javnom zdravstvu - kako vidite taj odnos?

VULETIĆ: Jedna od opcija su javnozdravstvene ustanove koje rade s profitom jer tog se ne možemo osloboditi u liberalnom sustavu slobodnog tržišta. Potrebno je definirati dobro upakirani proizvod koji bi netko imao snage kupiti.

HČJZ: Kod nas se zdravlje još uvijek percipira kao besplatno za sve.

VULETIĆ: Tu će nastupiti personalizacija. Za svakog će se moći detektirati njegove osobne sklonosti pojedinim bolestima i definirat će se njegov preventivni paket. Tehnologija će dirigitirati ponašanje.

HČJZ: Što je za očekivati po pitanju zdravstvenog osiguranja?

VULETIĆ: Nizozemska isključivo ide na privatno osiguranje, uvjet je da postoje različita privatna osiguranja s različitim paketima pa osiguranici mogu birati. To mogu raditi ekonomski jake zemlje. Postojanje samo jednog osiguranja, koje je bez konkurencije, automatski postaje državna ustanova, sa svim implikacijama ponašanja moći.

HČJZ: Što u tom slučaju s najsiromašnijim slojevima koji ne mogu kupiti usluge?

VULETIĆ: Uvijek će država morati osigurati usluge i za takve, mada se 'equity' u potpunosti neće moći postići. Treba razviti jednu minimalnu normu jednakosti. Međutim, politika za praćenje i promicanje equity mora postojati.

Htio bih istaknuti još jedan važan aspekt javnog zdravstva: javnozdravstveni management, čija je značajna uloga postići koheziju sustava. Primjerice, za smanjenje incidencije hipertenzije u populaciji potreban je integralni pristup koji bi obuhvatio sve profesionalne aktivnosti, intervencije u populaciji, izmjene zakona, a javnozdravstveni profesionalci trebali bi biti osposobljeni za management zdravlja populacije. Zasad takav integralni pristup ne postoji.

HČJZ: Zašto bi se doktor medicine koji danas započinje karijeru odlučio za preventivnu medicinu?

VULETIĆ: Ako ima sklonosti, želi promatrati cjelovitu populaciju i ima osjećaj za socijalno, onda ima smisla odabrati preventivu, inače ne. Uvijek se u studentskoj populaciji nađe onih koji imaju smisla za socijalno, koji idu na teren i žele se baviti tim aspektom medicine. Sjećam se Štamparovog odgovora kada su se njegovi asistenti potužili da studente ne

interesira preventiva. Rekao je: „Ako vi zainteresirate 5% onih koji imaju 'feeling' za socijalno, onda ste napravili veliku stvar jer to su budući socijalni medicinari i javnozdravstveni radnici koji nikada neće izgubiti osjećaj za socijalno, u kakvoj god profesiji bili.“