

ISIS



Baek sculpsit Labaz.

Marcus Gerbezius Med. Doctor, Ducal,
Carniolæ Medicus ord. S. R. I. Academicus Nat. Cu-
riosus, d. AGESILLAVS, Operosus Labacensis d. B. T. E. N. T. V. S.
Aet. XLVII. Anno 1705.

Umetnost medicine je imeti pravo mero razuma in dobrote

V tednu po novoletnih praznikih sem prejela elektronsko sporočilo, ki mi je polepšalo dan in ga na tem mestu navajam v celoti.

»Spoštovana zdravnica, danes ste mi v več delih naredili prav veliko veselje. V prav izjemno veselje pa so mi opornice (bergle), ki so mi s svojo funkcionalnostjo – uporabnostjo IZJEMNO poživile že današnji dan. Še sedajle hodim po stanovanju. Joj, kakšno veselje je, ko se lahko sedaj gibljem in čutim telo v gibanju. Prav super je! Ni kaj, gibanje je življenje in to mi je prav vdihnilo življenje in veselje! Verjetno bom jutri zjutraj prvo najprej hodil okoli, vau! HVALA za vse!!!«



Danica Rotar Pavlič

Sporočilo mi je poslal mlajši moški, čigar zdravje je osnovna bolezen (rak) zelo oslabilo; pravzaprav tako zelo, da je postal pri hoji nezanesljiv. Med obiskom na domu smo skupaj z ženo ugotovili, da bi mu bile v veliko pomoč bergle. Zato sem po vrnitvi v ordinacijo pregledala seznam medicinsko-tehničnih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, postopki in cenovnimi standardi. Ugotovila sem, da lahko osebni zdravnik pripomoček pod šifro 1203120502 – »bergla par« predpiše le osebam, starejšim od 18 let, ki imajo parezo, ankilozo in kontrakturo velikega sklepa spodnje okončine. Ker omenjeni bolnik tega nima, torej ni upravičen do predpisa zelenih bergel. Na srečo sva z medicinsko sestro z leti ustanovili nekakšno »priročno skladišče tehničnih pripomočkov«, ki so jih, potem ko jih niso več potrebovali, vrnili drugi bolniki oz. njihovi svojci. Iz te najine »zlate rezerve« je omenjeni bolnik lahko nemudoma prejel pripomoček, ki mu je naredil takšno veselje, po drugi stani pa ni prišlo do kršitve pri predpisovanju tehničnega pripomočka. No, zaključek te zgodbe bi bil tako na njegovo kot tudi na moje razočaranje seveda lahko precej drugačen. S tem preprostim primerom sem želela ponazoriti, da lahko ob premajhnem poznavanju številnih predpisov in šifrantov kaj hitro pride do nesoglasij v sporazumevanju med bolnikom in zdravnikom. Včasih zdravniki in zobozdravniki ocenjujemo, da je stvar glede zdravstvenih pravic znana tudi bolnikom in njihovim svojcem, včasih pa preprosto preveč hitimo oz. uporabljamo zapletene strokovne izraze.

Če ste po branju teh vrstic dobili občutek, da je njihova vsebina povezana z delom odbora za pravno-etična vprašanja, ste zadeli. Med vlogami, ki jih je omenjeni odbor prejel v preteklih mesecih, je namreč kar precej takšnih, ki izhajajo iz predvidljivih nesporazumov med bolnikom in zdravnikom. Zavedamo se, da bolniki in njihovi svojci pogosto niso seznanjeni z zdravnikovimi pristojnostmi ter tudi ne z dejstvom, da je v tem pogledu čezmerno omejen. Prav tako splošni javnosti niso poznani mehanizmi in načini nadzorov, ki so jim izpostavljeni zdravniki in zobozdravniki. V časovni stiski in nečloveškem tempu, ki vladata v vseh zdravstvenih ustanovah v Sloveniji, tudi zdravnik oz. zobozdravnik ni vedno pripravljen razlagati, zakaj so določene preiskave in posegi ter načini zdravljenja za nekatere bolnike dosegljivi, za druge pa ne. Pred kratkim sem imela možnost prebrati povzetke analize, narejene s strani strokovnjakov z ljubljanske Fakultete za farmacijo, ki je pokazala, da je čas vstopa tarčnih onkoloških zdravil v Sloveniji v večini primerov podoben času vstopa v drugih izbranih evropskih državah, in sicer od 6 do 18 mesecev po prihodu zdravila na trg. Po drugi strani pa je poraba bioloških zdravil na prebivalca po vstopu zdravila v sistem pri nas razmeroma nizka, kar je posledica finančnih omejitev. Je takšno stanje dolžan pojasnjevati zdravnik – ali pa morda kdo drug?

Odbor za pravno-etična vprašanja je od izvolitve (julija 2008) naprej obravnaval 55 vlog. Od prejšnje ekipe, ki jo je uspešno vodil mag. Žarko Pinter, dr. med., je prevzel 17 vlog, odboru za strokovno-medicinska vprašanja smo v nadaljnjo obravnavo predali tri vloge, ta čas pa je v postopku obravnave devet vlog. Ena vloga je bila podana anonimno. Člani odbora so preučili njeno vsebino ter se odločili, da se bodo glede anonimnih vlog odločali sproti, in sicer glede na navedeno problematiko. Načeloma pa je odbor sprejel stališče, da anonimnih vlog ne bo obravnaval. Največ prispelih vlog se nanaša na področje splošne medicine, sledijo pa pripombe na delo zdravnikov v dežurstvu in v zobozdravstvenih ordinacijah ter pritožbe s področja ginekologije in porodništva.

Ocenjujem, da se člani odbora najdemo pred največjo preizkušnjo, kadar presojava o vlogah, ki jih podajo zdravniki oz. zobozdravniki ali zdravstveni delavci zoper druge zdravnike in zobozdravnike. Zadnje čase je takšnih vlog vedno več, zato se sprašujemo, ali res ni mogoče začeti odprtega dialoga na lokalni ravni, kjer so stvari najbolj razvidne. Pogosto se zbiranje dokazil zavleče in traja več mučnih mesecev, medtem pa se razkrije, da so zamere med zdravniki in zobozdravniki že dolgotrajne. Morda so takšne vloge tudi eden izmed pokazateljev izgorelosti, ki ji v tej številki revije Isis namenja več besed naša varuhinja človekovih pravic dr. Zdenka Čebašek Travnik.

V odboru za pravno-etična vprašanja se zavedamo, da imamo zdravniki in zobozdravniki poseben poklic. Naše delo je lepo, polno izzivov in neprecenljivih povratnih sporočil, vendar tudi naporno, odgovorno in stresno. Težko priznamo, da česa ne vemo, (pre)večkrat se zdravimo kar sami. Svojim bolnikom svetujemo počitek in bolniško odsotnost z dela ter jim – večkrat celo doma – izpolnjujemo obrazce za invalidsko upokožitev. Sami si tega ne privoščimo. Mi še kar delamo, dopust in proste ure večkrat porabimo za lastno izobraževanje, za »čiščenje« zaostankov, za dodatno delo. Svoje psihične težave skrivamo še bolj kot drugi; svoje težave zanikamo ali se jih celo sramujemo, saj so izraz naše ranljivosti in šibkosti; zelo redko in pozno poiščemo pravo, učinkovito pomoč... Zdravniki smo menda najslabše medicinsko pregledana skupina ljudi. Zato smo v okviru Zdravniške zbornice Slovenije ustanovili skupino zdravnikov, ki želi spremeniti stvari na bolje. Naša ideja je, da bi s kolegalnostjo presegljli zdajšnje stanje in po načelu »za nas je dobro le najboljše« začeli omogočati sami sebi ustrežno pomoč v različnih stiskah. Spremeniti želimo stališče, da je iskanje pomoči znak šibkosti in nesposobnosti, v stališče, da je odločitev za pogovor o duševnih, čustvenih ali življenjskih stiskah znak ozaveščenosti, moči. Želimo, da nas zdravniki in zobozdravniki, ki so v stiski, anonimno ali razkrita pokličejo na telefonsko številko, ki bo v reviji Isis objavljena v naslednjih mesecih, ter se pogovorijo s skupino kolegov, ki so s srčnostjo in strokovnostjo pripravljeni zaorati ledino.

S to pomembno željo vstopamo v leto 2009. NAJ NAM BO NAKLONJENO!

Danica Rotar Pavlič

ISIS



UVODNIK	Danica Rotar Pavlič	Umetnost medicine je imeti pravo mero razuma in dobrote	3
ZBORNICA	Brane Dobnikar	Zavarovanje pravne zaščite	7
Sistem	Sabina Markoli	Zobozdravniki svarijo pred slabšanjem zobozdravstvenega varstva	8
	Strokovna služba Zbornice	Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe	12
STAN			
Sindikalno delo	Ivan Mrzlikar	Usmeritve in sklepi XVIII. letne konference sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Fides 12. decembra 2008	19
Pokoj	Pavle Kornhauser	Omogočiti upokojenemu zdravniku primerni sprejem v dom za ostarele, če ga potrebuje	20
FORUM	Zdenka Čebašek Travnik	Izgorelost pri slovenskih zdravnikih	22
	Tone Pačnik	Še enkrat ob rob igram na srečo	24
	Elizabeta Rajer	Specializant po novem sistemu	25
ZDRAVSTVO			
Svetovna zdravstvena organizacija	Božidar Voljč	Zdravstvo po svetu in pri nas potrebuje reformo	26
Problemi Evrope	Veljko Vlasisavljevič	Zdravljenje neplodnosti in demografska prihodnost Evrope	28
Evropska združenja	Andreja Knol, Eva Kosta	Svet Evropske organizacije za zavarovalniško medicino	30
Obvladovanje napak	Janko Kersnik	Prispevek k razpravi o krivdi in odškodninah v luči koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov	33
Medicinska etika	Jože Trontelj	Priporočila o uporabi krvi za zdravljenje pri Jehovovih pričah	38
Soočenje strok	Darja Lovšin	Nacionalna konferenca o diabetesu	39
S strokovnih srečanj	Jasna Čuk Rupnik	Izzivi in odgovori na probleme odvisnosti od prepovedanih drog	42
Publikacije		Zbornik Spremenimo diabetes	42
S strokovnih srečanj	Mario Kocijančič	10. Pintarjevi dnevi: Zdravstveno varstvo v Šaleški dolini skozi čas	43
	Vojislav Ivetić, Igor Švab, Marko Kolšek, Darinka Klančar, Marija Petek Šter, Danica Rotar Pavlič	Kompetence zdravnika specialista družinske medicine (2. del)	45
Poskus o zdravstvenem sistemu	Matjaž Lesjak	Bela zgodba, sivo ozadje	48
Standardi kakovosti	Danica Šprajcar, Mitja Košnik	Britanski standard Vlagatelji v ljudi	49
Iz sosedskih zborničnih revij	Marjan Kordaš	Pacient: stranka - da ali ne?	51
	Marjan Kordaš	Pobuda (dr. W. Routil, predsednik)	51
	Boris Klun	Reforma zdravstva na Hrvaškem	52
Zdravo življenje	Nina Mazi	Zelena luč za dolgoživost	52
Iz sosedskih zborničnih revij	Marjan Kordaš	Cepljenje proti HPV: Nemški zdravniki dvomijo o zaščiti	53
Nezdravo življenje	Nina Mazi	Okolje na piedestalu	53
Publikacije	Marjan Kordaš	Priročnik o zdravilih	54
Mediji	Damjana Pondelek	Zdravstvene vsebine v medijih - toda kakšne?	55
Vabilo k sodelovanju	Evropsko združenje za komuniciranje v zdravstvu	Nastaja evropska mreža raziskovalcev in učiteljev komuniciranja v zdravstvu	56
MEDICINA			
Evropska združenja	Vlasta Štrumbelj	Evropski odbor za oftalmologijo pri UEMS - Letna skupščina in delovanje	57
S strokovnih srečanj	Diana Terlević Dabić	Mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji - Cirkonijeva oksidna keramika	58
	Miha Brezavšček, Bojan Brezavšček	Mednarodni zobozdravstveni simpozij na Bavarskem	59

STROKOVNA REVIJA ISIS, GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Akademik Marko Gerbec – *Marcus Gerbezius* (1658-1718), utemeljitelj slovenske znanstvene medicine, na bakrorezu iz leta 1705, ki je delo Eliasa Böcka in ga hrani Narodni muzej. V levem zgornjem delu slike je simbol nemške akademije *Naturae Curiosorum*, desno fantastična pokrajina s čebelami, kot simbolom kranjske *Academiae operosorum*. Pod portretom je Gerbčev grb: na srednjem vrhu triglavega griča je zeleno drevo, okrasna žival na šlemu je jelen z zeleno vejico v gobcu (pripravila Zvonka Zupanič Slavec).

Fotografija: Fotodokumentacija Narodnega muzeja. Računalniška obdelava in avtor logotipa: Primož Kalan. Besedilo: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.

	Peter Stražar	80 let bolnišnične ginekologije in porodništva v Mariboru – Mednarodni znanstveni simpozij	61
	Pavle Košorok	Tretje strokovno srečanje Evropskega združenja za koloproktologijo (ESCP)	62
	Mirko Omejc	Razsejani rak debelega črevesa in danke	63
	Eva Trpin	13. Čelešnikovi dnevi	64
	Lilijana Kornhauser Cerar	Z letnega kongresa mreže Vermont	66
Zanimivo v stroki	Metka Horvat, Evgen Janet, Neda Hudopisk, Marjana Simetinger, Marjana Kašnik Janet	Meningokokna bolezen	68
	Izidor Kern	Telepatologija	70
Iz strokovnih revij	Nina Mazi	Nevarna depresija	72
	Drago Ažman, Nasta Pirc Delak	Anesteziologi prve generacije na obisku v UKC Maribor	73
Zbornik	Boris Klun	ILEUS – Standardi in novosti	74
Aktualno	Rok Cesar	Novost v delu radiologov – sistem prepoznavne govora	76
Arhiviranje	Lenka Puh	Pretok dokumentacije v bolnišnicah in zdravstvenih domovih	77
Slavna preteklost - k naslovnici revije	Zvonka Zupanič Slavec	Akademik Marko Gerbec (1658-1718)	78
Iz patografije slavnih glasbenikov	Pavle Kornhauser	Vzrok smrti P. I. Čajkovskega (1840–1893): kolera ali samomor, ali oboje?	80
KOLEDAR STROKOVNIH SREČANJ			85
DELOVNA MESTA			103
ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU	Ksenija Tušek Bunc	4. božični koncert študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru	109
Praznična prireditve za bolnike	Barba Štembergar Zupan	Umetniško poustvarjanje in človeku prijazno druženje	111
	Janez Tomažič	»Au« – foristična tinktura	112
	Marija Vidović	Utrinki s srečanja z abrahamom	114
Poezija	Zlata Remškar	Obstajanje	116
	Mojca Kržan	Srečanje generacije 1980/81	116
S KNJIŽNE POLICE			
Rariteta	Marjan Kordaš	Odličen pogled v preteklost	117
PERSONALIA			
In memoriam	Franci Bečan	Metoda Košiček, dr. med. (1966–2008)	118
ZAVODNIK			
	Anton Grad	Če bi Marko Gerbec živel danes...	119



39



43



119

Impressum

LETO XVIII, ŠT. 2. 1. februar 2009
natisnjeno 8560 izvodov,
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12)(060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9
IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK
PUBLISHED BY
Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>
T: 01/30 72 100, F: 01/30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si
Transakcijski račun: 02014-0014268276
PRESEDNICA • PRESIDENT
prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravniskazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si
ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK
EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE
EDITOR
prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.
E: egadzijev@onko-i.si
T: 01/587 98 97
UREDNIKA • EDITOR
Elizabeta Bobnar Najzer, prof. sl., ru.
E: eb.najzer@zzs-mcs.si
UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI
EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS
prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
prof. dr. Anton Grad, dr. med.
prim. asist. Jana Gove Eržen, dr. med.
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.
prof. dr. Boris Klun, dr. med.
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.
asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.
prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.
SVETOVANJE • CONSULTING
Anka Štrukelj Fras, univ. dipl. nov.
Zdravstveno informacijski biro, Ljubljana
E: info@zib.si, T: 01 43 94 980 / 051 332 716
TAJNICI UREDNIŠTVA • SECRETARY
Marija Cimperman
Slavka Sterle
LEKTORICA • REVISION
Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
OBLIKOVANJE • DESIGN
ATELIER IM • Katja Zlajpah, u. d. i. a.
RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV
IN PRIPRAVA ZA TISK • DTP
Camera d. o. o., Knezov štraden 94,
Ljubljana, T: 01/420 12 00
TRZENJE • MARKETING
Atelier IM d. o. o., Breg 22, Ljubljana
T: 01/24 11 930, F: 01/24 11 939
E: atelier-im@siol.net
TISK • PRINTED BY
Tiskarna Povše, Povšetova 36 a, Ljubljana,
T: 01/230 15 42
Vse pravice pridržane, ponatis celote ali
posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem
uredništva.
Lastnik blagovne znamke: Zdravniška zbornica
Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Članke oddajate v elektronski obliki (zgoščenska, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije.

Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 x 1200 točk (pixels), to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi.

Ker izbrane prispevek honoriramo, priložite svoj polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Prispevke je z naslovi, mednaslovi in podarki opremilo uredništvo.

Prispevki v rubriki
»strokovna srečanja«

Dolžina prispevkov je omejena na največ dve strani v reviji Isis, objavljena je lahko le ena fotografija, ki se vsteva v skupno dolžino. To pomeni, da ima prispevek brez slike lahko največ 10.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratek zaključek, kaj pomeni srečanje za stroko v Sloveniji: ali in kje oziroma kako je mogoče izsledke prenesti v slovenski prostor. V primeru, da je slovenska stroka v svetovnem vrhu, je treba v zaključku na kratko povzeti njeno vlogo v ustreznem merilu. Prispevkov, ki ne bodo upoštevali zgoraj navedenih navodil, uredništvo ne bo objavilo oziroma bo avtorje prosilo za dopolnitve.

Navodila o navajanju
pokroviteljev

Na koncu prispevka so lahko navedena imena farmacevtskih podjetij, delovnih organizacij, matičnih delovnih organizacij, kjer ste zaposleni, društev, združenj in ostalih pravnih ter fizičnih oseb, ki so po vašem mnenju kakorkoli prispevale k nastanku prispevka. Uredništvo si pridržuje pravico, da bo imena objavljala v enotni obliki.

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne nujno tudi organizacij, v katerih so zaposleni, ali uredništva Izide.

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR, za naročnike v tujini 98,40 EUR, posamezna številka za nečlane stane 4,10 EUR. Davek na dodano vrednost je vračunan v ceni ter se ga obračunava in plačuje po 8,5-odstotni stopnji. Poštnina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.



SPOROČILO AVTORJEM

Avtorje prispevkov v reviji Isis zaradi informiranja bralcev naprošamo, da pod poslani besedili posredujejo ob svojem imenu in priimku tudi strokovni naziv (pred in za

imenom in priimkom), naziv institucije, v kateri delajo, ter naziv svojega delovnega mesta oziroma funkcije, ki jo opravljajo. Avtorjem se vnaprej zahvaljujemo.

Sodelovali

Prim. Drago Ažman, dr. med., upokojeni zdravnik, Kranj • Franci Bečan, dr. med., ZD Kranj • Bojan Brezavšek, dr. dent. med., Zasebna specialistična zobna ordinacija za stomatološko protetiko, Nova Gorica • Miha Brezavšek, dr. dent. med., zasebni s koncesijo • Rok Cesar, dr. med., Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Asist. dr. Zdenka Čebašek Travnik, dr. med., Varuh človekovih pravic Republike Slovenije • Jasna Čuk Rupnik, dr. med., ZD Logatec • Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Izr. prof. dr. Anton Grad, dr. med., SB Izola • Metka Horvat, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem • Neda Hudopisk, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem • Asist. Vojislav Ivetič, dr. med., Ambulanta družinske medicine Sava, Sp. Duplek • Evgen Janet, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem • Marjana Kašnik Janet, dipl. med. ses., Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem • Asist. Izidor Kern, dr. med., Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Prim. izr. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., ZD Jesenice, ZP Kranjska Gora • Prim. asist. Darinka Klančar, dr. med., Zasebni zavod eVITA • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Andreja Knol, dr. med., Zavod za zdravstveno varstvo Republike Slovenije • Prim. mag. Mario Kocijančič, dr. med., upokojeni zdravnik, Kranj • Prim. prof. dr. Marko Kolšek, dr. med., Katedra za družinsko medicino, MF Ljubljana • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Asist. Lilijana Kornhauser Cerar, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika • Mag. Eva Kosta, dr. med., Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje • Izr. prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Doc. dr. Pavle Košorok, dr. med., Iatros, d.o.o. • Izr. prof. Moj-

ca Kržan, dr. med., Medicinska fakulteta Ljubljana, Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo • Matjaž Lesjak, dr. med., Zasebna zdravstvena ordinacija • Darja Lovšin, Zavod za izobraževanje o diabetesu • Sabina Markoli, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Ivan Mrzlikar, dr. dent. med., Fides Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije • Izr. prof. dr. Mirko Omejc, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Kirurška klinika, KO za abdominalno kirurgijo • Doc. dr. Tone Pačnik, Psihiatrična klinika Ljubljana • Doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., ZD Trebnje • Nasta Pirc Delac • Damjana Pondelek, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • Lenka Puh, Jazon, d.o.o • Mag. Elizabeta Rajer, dr. med., ZD Domžale • Dr. Zlata Remskar, dr. med., Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., ZD Ljubljana, Enota ZD Vič - Rudnik • Marjana Simetinger, sanitarna inženirka, Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem • Peter Stražar, dr. med., specializant ginekologije in porodništva • Danica Šprajcar • Barba Štemberger Zupan, KUD Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher • Vlasta Strumbelj, dr. med., SB Murska Sobota • Prof. dr. Igor Švab, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Janez Tomazič, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infektivske bolezni in vročinska stanja • Akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med., Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko • Eva Trpin, dr. med., specializantka • Prim. asist. Ksenija Tušek Bunc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Marija Vidovič, dr. med., ZD Velenje • Prim. prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., UKC Maribor • Dr. Božidar Voljč, dr. med., upokojeni zdravnik, Ribnica • Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine

Zavarovanje pravne zaščite

Za vse zdravnike in zobozdravnike, člane Zbornice

Ze dlje časa obstaja potreba, da bi imeli zdravniki in zobozdravniki, zaradi vse pogostejših uvedb postopkov, tudi na področju pravne zaščite več varnosti. Zato smo na Zbornici, kakor je v svojem programu dela napovedala predsednica Zbornice Gordana Kalan Živčec, poiskali zavarovalnico, ki lahko nudi kakovostne storitve zavarovanja pravne varnosti za primerno ceno, s čimer se zdravniki izognete stroškom pravnih postopkov.

Ker je t.i. paketno oz. skupinsko zavarovanje vseh članov Zbornice bistveno ugodnejše kot sklepanje individualnih zavarovalnih polic, je Zbornica 24. decembra 2008 sklenila z zavarovalnico ARAG zavarovalno polico, po kateri imate vsi člani Zbornice od 24. decembra 2008 dalje preko Zbornice sklenjeno zavarovanje pravne zaščite na poklicnem področju.

Kaj je zavarovanje pravne zaščite?

Zavarovanje pravne zaščite (PZ) je v Sloveniji novost, saj te oblike zavarovanja do pred nekaj leti nismo poznali.

Zavarovanje PZ krije vse stroške pravnih postopkov, v katerih se znajde zavarovanec – zdravnik, ne pa same odškodnine, ki je v primeru krivdnega ravnanja zdravnika zavarovana z zavarovanjem zdravniške odgovornosti preko delodajalcev zaposlenih zdravnikov, zasebniki pa ste sklenili zavarovanje sami. Kaj vsebujejo ti stroški? To so odvetniški stroški, sodne takse, povprečnine, stroški izvedencev in tolmačev, materialni stroški pravnih postopkov ter vsi ostali stroški, ki se vezani na zavarovani dogodek.

Katere stroške in tveganja pokriva zavarovanje?

Za vas – vse člane Zbornice – smo sklenili zavarovanje PZ na poklicnem področju v času opravljanja vaših delovnih obveznosti. Zavarovanje velja tudi v prostem času, v kolikor takrat nudite zdravniško pomoč. Z zavarovanjem sta kriti dve pravni področji: **kazensko in odškodninsko** področje.

Na **kazenskem področju** so kriti vsi stroški, ki nastanejo v predkazenskem in kazenskem postopku proti vam. Primer: Pacient po zdravniški oskrbi postane invalid ali umre. Po tem dogodku pacient ali svojci s pomočjo odvetnikov zberejo dokaze in jih predajo tožilstvu z namenom, da se dokaže zdravniška napaka in se zdravnika kaznuje. Lečeči zdravnik se je znašel v kazenskem postopku. Najeti mora odvetnika, ki ga bo zastopal, potrebni bodo izvedenci in priče. Postopek je dolgotrajen s pritožbami, ponovitvami postopkov in seveda povezan z velikimi stroški. Vsi ti stroški so zavarovani in jih krije zavarovalnica, ne glede na končni izid tožbe. Izključitev kritja stroškov je le v primeru storitve naklepnega kaznivega dejanja. Prav tako zavarovanje PZ krije stroške zastopanja člana Zbornice v disciplinskih postopkih pri delodajalcu ter v primeru storitve prekrška, na primer delo na črno. (Izključeni so prometni prekrški.)

Na **odškodninskem področju** je treba ločiti dve zavarovanji, in sicer zavarovanje odgovornosti in zavarovanje PZ. PZ krije stroške odškodninskih postopkov zdravnika le v primeru njihovega uveljavljanja. V kolikor se od zdravnika zahteva odškodnina, je ta predmet zgoraj omenjenega zavarovanja zdravniške odgovornosti. Na podlagi zavarovalne police za pravno varnost pa je kritje razširjeno še na primere, kadar je zdravnik oškodovan in želi odškodnino od povzročitelja škode (seveda v zvezi s svojim zdravniškim delom). Primer: Pacient udari zdravnika in ga poškoduje. Najeli boste odvetnika, ki bo od pacienta zahteval odškodnino za materialne in telesne poškodbe ter morebitne psihične bolečine.

Dodatno k zavarovanju pravne zaščite – pravni nasveti s kateregakoli področja

Sklenjena polica zavarovanja pravne zaščite nudi vsakemu zdravniku, kot poseben dodatek, za katerega smo se pogajali z zavarovalnico, **tudi dva brezplačna pravna nasveta na leto**. Področje pravnega svetovanja ni omejeno in se lahko nanaša tudi na zasebno področje. Pravno svetovanje se opravi pri odvetnikih, ki imajo z zavarovalnico ARAG sklenjen dogovor, da

opravljajo svetovanje za njene zavarovance. Zato je pred obiskom odvetnika potreben kontakt z zavarovalnico.

Kje velja zavarovanje?

Zavarovalna kritja, ki jih imate zdravniki pokrita s sklenjeno polico, so po vsej Evropi (vsebinsko) enaka in tudi za vas veljajo po celotni Evropi, vključno z vsemi sredozemskimi državami. Za primere, ko delate v tuji državi.

Vsi člani Zbornice imate možnost skleniti zavarovalno polico pravne zaščite tudi na **zasebnem področju ali na gospodarskem področju za svojo ordinacijo**. Ob tem boste od zavarovalnice ARAG deležni popustov v višini od 20 do 45 odstotkov. ARAG je specializirana evropska zavarovalnica za zavarovanje PZ. Prisotna je v 13 evropskih državah in od leta 2004 tudi v Sloveniji. Več informacij lahko dobite na www.arag.si

Kako uveljavljati zavarovanje pravne zaščite in priti do brezplačnih pravnih nasvetov?

Pokličete na zavarovalnico ARAG, tel. (01) 236 41 91, in prijavite dogodek (sklicujoč se na zavarovalno polico med Zbornico in zavarovalnico), zavarovalnica pa na podlagi mnenja odvetnika z liste sodelujočih odvetnikov odobri pokritje stroškov odvetnika. Nato si lahko odvetnika izberete sami tako, da tudi vnaprej angažirate odvetnika z liste zavarovalnice ali pa si izberete katerega koli drugega odvetnika.

In za konec

Pri Zbornici upamo, da se bo zavarovanje izkazalo kot dobro in da boste s storitvami zadovoljni. Veseli bomo vaše povratne informacije, tako o kakovosti zavarovalne storitve kot tudi o posameznih zavarovalnih primerih. Povratne informacije so ključne za naše nadaljnje delo. Vsekakor pa lahko za pravno svetovanje tega ali drugih področij pokličete ali pišete na Zbornico, kjer opravljamo pravno svetovanje kot dejavnost že več kot desetletje.

Brane Dobnikar

Zobozdravniki svarijo pred slabšanjem zobozdravstvenega varstva

Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki odločno nasprotujemo glavarinskemu modelu financiranja zobozdravstvene dejavnosti, kot ga želita uveljaviti ZZZS in Ministrstvo za zdravje, saj predlagani model vodi v slabšanje zdravstvenega varstva bolnikov. Zobozdravniki želimo pacientom zagotoviti kakovostno in varno zobozdravniško oskrbo, skladno z evropskimi zahtevami in standardi.

15 . januarja 2009 je odbor za zobozdravstvo pri ZZZS na novinarski konferenci javno posvaril pred slabšanjem zobozdravstvenega varstva državljanov ob morebitni uveljavitvi glavarinskega modela financiranja zobozdravstvene dejavnosti, kot ga predlaga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS). Sabina Markoli, dr. dent. med., podpredsednica Zbornice in predsednica odbora za zobozdravstvo, izr. prof. Matjaž Rode, dr. dent. med. spec., podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva, ter Diana Terlevič Dabič, dr. dent. med., podpredsednica skupščine Zdravniške zbornice Slovenije, smo ob tem poudarili, da razmišljanja o uvedbi glavarinskega sistema kažejo na popuščenje ekonomskim interesom zavarovalnic, kar neizogibno vodi v slabšanje zdravstvenega varstva bolnikov, slabo stanje v ustih pa je, kot je znano, žarišče za sistemske bolezni. Tudi sistematično zniževanje vrednosti zdravniškega dela ni v prid kakovosti zobozdravstvenega varstva v Sloveniji ter oralnega zdravja, ki je pomemben kazalnik kakovosti zdravstva. V sporočilu za javnost smo pojasnili:

Glavarinski sistem je grožnja sistemu zobozdravstvenega varstva v Sloveniji

ZZZS je v predlogu za Splošni dogovor 09 podal predlog za spremembo financiranja zobozdravstvene dejavnosti, ki naj bi se po njihovem predlogu financirala glede na število opredeljenih oseb. Tako bi bil od števila oseb odvisen program, število točk oz. storitev, ki jih lahko opravi posamezni zobozdravnik, pri čemer bi ZZZS po celotni Sloveniji povsod enako razporedil še neopredeljene paciente, čeprav je mreža trenutnih programov neenakomerno porazdeljena. Odrasli zavarovanec je ovrednoten na 18,15 točke ali 44 EUR, mladinski pa na 23,60 točke ali 65 EUR. Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki takemu modelu financiranja zobozdravstvene dejavnosti odločno nasprotujemo, saj želimo pacientom, tudi tistim, katerih zobozdravstveno stanje je slabo, zagotoviti kakovostno in varno zobozdravniško oskrbo, skladno z evropskimi zahtevami in standardi. Izkušnje držav EU, kjer so uvedli glavarinski sistem plačevanja zobozdravstvenih storitev, namreč kažejo, da je število brez zobega prebivalstva po 60.

letu občutno večje v primerjavi z državami, ki niso uvedle glavarinskega sistema.

Zobozdravniki kot temeljni nosilci zobozdravstvene dejavnosti želimo javno opozoriti na negativne posledice morebitnega sprejetja glavarinskega modela:

- Slabša kakovost zobozdravstvenega varstva državljanov – vsak državljan bo točkovno ovrednoten in ta vrednost bo relativno nizka, predvidoma za en pregled in eno do dve plombi letno.
- Daljše čakalne dobe za posameznika – z enakimi ali celo manjšimi sredstvi ni mogoče zadovoljivo oskrbeti več pacientov. Edina rešitev za zadovoljivo oskrbo večjega števila uporabnikov zobozdravstvenih storitev je povečanje števila programov in sredstev.
- Pacienti s težjimi boleznimi bodo na slabšem – slednji namreč potrebujejo več storitev.
- Stopnjevanje nezadovoljstva med zobozdravniki in pacienti – večje število pacientov na dan terja več administrativnega dela, kar podaljšuje čas čakanja v ordinaciji.
- Večanje materialnih stroškov – večje število pacientov prinaša večje materialne stroške izvajalcem. Tisti, ki teh dodatnih stroškov ne bodo zmogli, bodo prisiljeni v odpustanje.
- Neupoštevanje strokovnih priporočil – Zdravniška zbornica Slovenija je sprejela mrežo za zobozdravnike, ki temelji na številki 1600 pri odraslem in 1000 pri mladinskem zobozdravstvu.
- Popuščenje zavarovalniškim interesom – model financiranja, ki ga predlaga ZZZS, ni v skladu s strokovnimi usmeritvami Evropske unije, ki opozarja, da popuščenje ekonomskim interesom zavarovalnic vodi v slabšanje zdravstvenega varstva bolnikov. Podobni modeli financiranja v nekaterih evropskih državah so privedli do izstopanja zobozdravnikov iz javne zobozdravstvene mreže in s tem zmanjševanja dostopnosti državljanov do zobozdravstvenih storitev.

- Prelaganje celotnega finančnega tveganja na ramena zobozdravnikov – z uvedbo glavarin bi zavarovalnica prenesla celotno finančno tveganje na ramena izvajalcev zobozdravstvenih storitev. Glavarine predstavljajo nedopustno stopnjevanje današnjega nepriznavanja realnih stroškov v zobozdravstveni dejavnosti s strani zavarovalnice.

In kaj bi prinesel glavarinski model v praksi? - Povprečno število opredeljenih oseb na zobozdravnika v Sloveniji pri odraslih je cca. 1800 odraslih na zobozdravnika in 900 otrok na zobozdravnika (Občasnik 2008). Kakovostno in varno je po ocenah stroke možno oskrbeti 1600 odraslih zavarovancev pri zmerni patologiji in 800 otrok. ZZZS želi 1.600.000 odraslih razdeliti med 660 zobozdravnikov za odrasle, kar pomeni 2424 odraslih na zobozdravnika. Glavarinski sistem bi tako vsakemu zobozdravniku prinesel povprečno 624 novih neopredeljenih zavarovancev, kar bi podaljšalo čakalne dobe za 52 delovnih dni (624/12 zavarovancev na dan), zmanjšalo pa bi se tudi število storitev, ki jih zobozdravnik v povprečju lahko nudi posamezniku – le še en pregled in eno do dve plombi na leto. Je to raven zobozdravstvenega varstva, ki ga želi država zagotoviti svojim državljanom?

Zdravniška zbornica Slovenije ocenjuje, da predlagani model glavarin ni dovolj strokovno premišljen. Ugotavljamo, da gre za izrazito neustrezen ukrep financiranja zobozdravstvenega varstva prebivalcev oz. naših pacientov z nepredvidljivimi posledicami in učinki.

Opozarjamo, da je čakalne dobe in dostopnost pacientov do zobozdravstvenih storitev mogoče optimizirati le z dodatnimi sredstvi in programi. Tako je ena od možnih rešitev podelitev več novih programov zobozdravnikom, ki sedaj opravljajo zobozdravstveno varstvo zgolj samoplačniško, in javna objava podatkov o številu opredeljenih zavarovancev pri posameznem zobozdravniku

Zdravniška zbornica Slovenije zato poziva Ministrstvo za zdravje in Vlado RS, da ne popuščata ekonomskim interesom zavarovalnic, ki zagovarjajo glavarinski model, pač pa prisluhneta pobudam za bolj učinkovito in kakovostno zobozdravstveno varstvo. Neupoštevanje strokovnih argumentov in nepriznavanje realnih stroškov poslovanja bi namreč neizogibno vodilo v padec kakovosti zobozdravstvenega varstva v Sloveniji, česar si zagotovo ne želimo.

na terminalnih ZZZS s pozitivnimi napotki za uporabnike.

Tudi zniževanje vrednosti zobozdravniškega dela slabi zobozdravstveni sistem

Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije in RSK za stomatologijo svarita tudi pred posledicami zniževanja vrednosti zobozdravniškega dela, saj se lahko posledično zniža tudi kakovost in varnost zobozdravstvene oskrbe.

Zobozdravniki smo bili v predlogu Aneksa 3 k SD 08 neupravičeno uvrščeni v 45. plačilni razred, torej v razred, ki se upošteva pri sredstvih za plače v programu standardnega tima. Kot je znano, so zdravniki in zobozdravniki specialisti po tem predlogu uvrščeni v 53. plačilni razred. V posebnem tarifnem delu aneksa h kolektivni pogodbi je osnovna razlika med zobozdravnikom in zobozdravnikom specialistom dva razreda, med zobozdravnikom in zdravnikom specialistom pa štiri razrede; z aneksom ustvarjena razlika osmih razredov je tako absolutno prevelika. Uvrstitev v plačilne razrede v predlogu Aneksa 3 k SD 08 je pripravilo Združenje zdravstvenih zavodov na osnovi podatkov iz javnih zavodov. Javni zavodi kot delodajalci pa zobozdravnikov niso uvrščali v plačilne razrede s posebnimi pogoji dela – PPD, čeprav je odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije argumentirano opozarjal, da bi bilo treba zobozdravnike, upoštevajoč njihove obremenitve in dejanske pogoje dela, uvrstiti v razrede s PPD-ji.

Posledično se je že tako podcenjena vrednost dela zobozdravnika še znižala; točka za odraslo zobozdravstvo se je znižala z 2,46 na 2,42 EUR. Kar pomeni, da je današnja vrednost ure zobozdravniškega dela približno 10 EUR neto.

Zdravniška zbornica Slovenije in RSK za stomatologijo nasprotujeta uvrstitvi zobozdravnikov v 45. razred po predlogu Aneksa 3 k SD 08 in poudarjata, da sodi delo zobozdravnika med posebne pogoje dela; tudi zaradi invazivne diagnostike oz. terapije.

Medijski odmevi

Zobozdravniki proti glavarini v zobozdravstvu

V Zdravniški zbornici Slovenije svarijo pred uvedbo glavarinskega sistema v zobozdravstvu. Predlog ZZZS, da bi bili zobozdravniki plačani po številu bolnikov namesto po številu opravljenih sto-

ritev, bo po njihovem prepričanju poslabšal kakovost zobozdravstvenega varstva državljanov in podaljšal čakalne dobe.

Podpredsednica zdravniške zbornice in predsednica odbora za zobozdravstvo **Sabina Markoli** je na včerajšnji novinarski konferenci zbornice opozorila, da bi tak sistem plačevanja zobozdravnikov imel več negativnih posledic, ki bi jih nosili predvsem državljanji.

Poleg slabše kakovosti zdravstvenega varstva in daljših čakalnih dob je izpostavila še, da bodo bolniki s težjimi boleznimi na slabšem, da se bo stopnjevalo nezadovoljstvo med zobozdravniki in bolniki ter da se bodo povečali materialni stroški zaradi večjega števila bolnikov na zobozdravnika, tisti, ki jih ne bodo zmogli, pa bodo prisiljeni v odpuščenja. Takšna sprememba načina financiranja zobozdravstva je po oceni Markolijeve »popuščanje zavarovalniškim interesom«, saj tak model ni v skladu s strokovnimi usmeritvami EU. Ta po besedah Markolijeve opozarja, da popuščanje ekonomskim interesom zavarovalnic vodi v slabšanje zdravstvenega varstva bolnikov. Uvedbo glavarin na zbornici ocenjujejo kot »prelaganje celotnega finančnega tveganja na ramena zobozdravnikov«.

Čakalne dobe in dostopnost bolnikov do zobozdravstvenih storitev je mogoče optimizirati le z dodatnimi sredstvi in programi, so prepričani v zbornici. Kot eno od možnih rešitev izpostavljajo podelitev več novih programov zobozdravnikom, ki sedaj delajo le samoplačniško, in javno objavo podatkov o številu opredeljenih zavarovancev pri posameznem zobozdravniku na terminalnih ZZZS s pozitivnimi napotki za uporabnike. Podpredsednica skupščine Zdravniške zbornice Slovenije **Diana Terlevič Dabič** je ob tem izpostavila, da je povprečno število opredeljenih oseb na zobozdravnika v Sloveniji pri odraslih približno 1800 odraslih na zobozdravnika in 900 otrok na zobozdravnika. Kakovostno in varno strokovno oskrbo pa je mogoče zagotoviti 1600 odraslim zavarovancem pri zmerni patologiji.

Podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva **Matjaž Rode** pa je izpostavil, da so z glavarinskim sistemom poskusili tudi v drugih državah EU - na primer v Veliki Britaniji in na Poljskem -, a so ti poskusi propadli. Glavarine so v zdravstvu smiselne, v zobozdravstvu pa ne, pravi Rode. Kot razlog za to je navedel, da zobozdravnik na primarni ravni opravi tudi zdravljenje okoli 80 odstotkov patologij.

Zobozdravstvo v Sloveniji se po Rodejevih besedah plačuje še vedno na podlagi storitev – Zelene knjige izpred tridesetih let, zato prihaja do težav.

Takrat so v zobozdravstvu veljali drugačni standardi, postopki diagnostike in zdravljenja bolnikov so se v teh 30 letih močno razvili. Postopki so danes boljši, a tudi daljši in dražji, je poudaril. (STA, 15. 1. 09)

Slovenija, po novem dežela škrbastih?

Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki glavarinskemu modelu financiranja zobozdravstvene dejavnosti odločno nasprotujemo, saj se vedamo, da bi takšen model izjemno poslabšal dostopnost ter znižal kakovost in varnost zobozdravstvenih storitev. Podobni poskusi drugih evropskih držav, da bi vezali plačilo zobozdravniških storitev na število pacientov, torej »po glavah«, so se namreč končali zelo klavrno – s povečanjem števila brezobzobih po 60. letu starosti. Je puljenje zob raven zobozdravstvenih storitev, ki jih želi naša država zagotoviti starejšim in socialno ranljivejšim prebivalcem? Drugače si ni mogoče razlagati poskusa Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki očitno uživa tudi polno podporo ministrstva, da želi posameznemu zobozdravniku po novem naložiti skrb in odgovornost za zobozdravstveno varstvo 2400 državljanov. Pri čemer strokovni normativi opredeljujejo največ 1600 pacientov na zobozdravnika kot še sprejemljivo strokovno mejo, ki jo že danes presega večina zobozdravnikov, ob tem pa še vedno sprejemajo nove paciente.

Če bo vaš izbrani zobozdravnik, ki ima, podobno kot večina njegovih kolegov zobozdravnikov, že danes več pacientov, kot jih dovoljuje strokovni normativi, moral sprejeti še 600 dodatnih pacientov – mu bo za vas ostalo več ali manj časa? Boste prišli na vrsto prej ali kasneje kot do sedaj? Če bo zobozdravnik primoran z enako ali celo manjšo letno kvoto s strani ZZZS za zdravljenje dodeljenih finančnih sredstev oskrbeti več pacientov, je povsem jasno, da za zdravljenje posameznika ne bo na voljo dovolj denarja. Glavarinski sistem vrednotenja zobozdravstvenih storitev konkretno prinaša le še 44,91 EUR na pacienta na letni ravni, to pa zadošča le še za en pregled in dve zalivki na posameznika. Jasno je, da se bo v tem primeru ustno zdravje državljanov, zlasti socialno šibkejših in tistih z bolj prizadetimi zobovjem, dramatično poslabšalo. Bomo po novem dežela škrbastih?

Zobozdravniki želimo državljanom v skladu z dobro klinično prakso ponuditi vse, kar zmoremo in znamo in kar hiter in dinamičen razvoj zobozdravniške stroke tudi omogoča. Skratka ne dovolimo, da se državljanom zaradi finančno-političnih ciljev odvzame kakovostno in varno zobozdravstveno varstvo.

(Daljši prispevek objavljen v Večeru, 19. 1. 2009.)

Sabina Markoli,
podpredsednica Zdravniške zbornice Slovenije in
predsednica odbora za zobozdravstvo pri Zdravniški
zbornici Slovenije

Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije in RSK za stomatologijo opozarjata, da je slabo vrednoteno delo zobozdravnikov še zlasti problematično ob naraščajočih materialnih stroških (tudi servisiranje, vzdrževanje programske opreme...), saj se nižajo razpoložljiva sredstva za zobozdravstveni tim, posledično pa se manjšajo tudi možnosti za kakovostno in varno oskrbo bolnikov.

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

Priprava zakona o zdravstveni dejavnosti

Minister za zdravje je v svojem nastopnem govoru poudaril, da bo pri pripravi zakonodaje upošteval stališča in priporočila stroke. Žal nismo bili povabljeni k sodelovanju pri pripravi zakona o zdravstveni dejavnosti, prav tako ministrstvo Zdravniški zbornici Slovenije še ni posredovalo delovnega gradiva. Po prejemu uradnega dokumenta bodo o predlogih in rešitvah razpravljali pristojni organi Zbornice in o stališču Zbornice obvestili Ministrstvo za zdravje RS.

Zdravniška zbornica Slovenije podpira prizadevanja Ministrstva za zdravje RS, da izpelje reformo zakonodaje, seveda pa želimo aktivno sodelovati v celotnem procesu razvoja in posodobitve sistema zdravstvenega varstva. Pri tem lahko ponudimo celovito strokovno znanje slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov ter strokovnih služb Zbornice.

Nosilce politične moči in odgovornosti ponovno opozarjamo, da je za kakovostno oskrbo državljanov ključna organizacija zdravstvene službe na strokovnih temeljih, ki ne smejo biti zgolj v senci finančno-političnih ciljev.

Zavarovanje pravne zaščite za člane Zdravniške zbornice

ZZS in zavarovalnica ARAG sta 24. decembra 2008 sklenila zavarovalno polico, po kateri imajo vsi člani ZZS sklenjeno zavarovanje pravne zaščite na poklicnem področju v času opravljanja svojih delovnih obveznosti. Zavarovanje velja po vsej Evropi, vključno z vsemi sredozemskimi državami. Z zavarovanjem sta kriti dve pravni področji: kazensko in odškodninsko področje; slednje tudi v primerih, kadar je član ZZS oškodovan in želi odškodnino od povzročitelja škode.

Zavarovanje krije vse stroške pravnih postopkov, v katerih se znajde zavarovanec. To so odvetniški stroški, sodne takse, povprečnine, stroški izvedencev in tolmačev,

materialni stroški pravnih postopkov ter vsi ostali stroški, ki so vezani na zavarovani dogodek.

Zavarovanje vključuje tudi pravno svetovanje – vsi člani ZZS so na leto upravičeni do dveh brezplačnih pravnih posvetov s kateregakoli področja.

Novi pravilnik o skrbstvenem skladu

Odbor ZZS za socialno-ekonomske zadeve sporoča, da je bil na seji izvršilnega odbora 8. januarja sprejet novi **Pravilnik o skrbstvenem skladu**, ki bo še več članom na pregleden način omogočil pridobiti povratno ali nepovratno finančno pomoč v primeru hujše bolezni in invalidnosti, finančne stiske, izboljšani pa so tudi pogoji za pomoč otrokom preminulih članov Zdravniške zbornice. Pravnik je objavljen na spletni strani Zbornice.

ZOBOZDRAVNIKI

Financiranje zobozdravstvene dejavnosti po glavarinskem modelu

Na pogajanjih za Splošni dogovor 2009 ZZZS vztraja na predlogu financiranja zobozdravstvene dejavnosti po glavarinskem modelu, kljub zahtevku Zdravniške zbornice Slovenije, da naj se ta predlog umakne. Zdravniška zbornica Slovenije predlogu ZZZS za financiranje zobozdravstva po glavarinskem modelu nasprotuje, zato bo o tem najprej odločala arbitražna, in če ne bo soglasja, tudi vlada.

Upamo, da bodo, v dobrobit državljanov in državljanek ter s ciljem ohranitve javnega zobozdravstvenega sistema, prevladali naši strokovni in organizacijski argumenti proti uvedbi glavarine. Z enakimi ali celo manjšimi sredstvi ni mogoče zadovoljivo oskrbeti

večjega števila pacientov. Edina rešitev za zadovoljivo oskrbo večjega števila uporabnikov zobozdravstvenih storitev je povečanje sredstev in števila programov, katerih realizacija je na zobozdravstveni ravni tudi mogoča, ker imamo vsaj na tem področju zadostno kadrovske pokritost.

Zdravniška zbornica Slovenije zato poziva Ministrstvo za zdravje in Vlado RS, da ne popuščata ekonomskim interesom zavarovalnic, ki zagovarjajo glavarinski model, pač pa prislunheta pobudam za bolj učinkovito in kakovostno zobozdravstveno varstvo. Neupoštevanje strokovnih argumentov in nepriznavanje realnih stroškov poslovanja bi namreč neizogibno vodilo v padec kakovosti zobozdravstvenega varstva v Sloveniji, česar si zagotovo ne želimo.

Sestanek predstavnikov zobozdravniških organizacij

V petek, 9. januarja 2009, so se sestali predsednik RSK za stomatologijo prof. Ljubo Marion, predsednik RSK za oralno in maksilofacialno kirurgijo doc. Andrej Kansky, podpredsednik Zdravniškega društva izr. prof. Matjaž Rode, v. d. predsednik odbora za zobozdravstvo Združenja zdravstvenih zavodov Gorazd Sajko in predsednica odbora za zobozdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije Sabina Markoli.

Spregovorili so o položaju zobozdravnikov, pri čemer so izpostavili problem plačilnih razredov zobozdravnikov, kjer niso upoštevani posebni pogoji dela za zobozdravnike, in predlog ZZZS za uvedbo glavarinskega modela financiranja. Vsi udeleženci zavzemajo enotno stališče proti uvedbi glavarinskega modela financiranja zobozdravstvene dejavnosti.

Na sestanku je bil dosežen dogovor, da bodo zobozdravniške organizacije Ministrstva za zdravje RS skupaj seznanile s strokovnimi stališči in argumenti, ki bi jih bilo treba upoštevati pri organizaciji zobozdravstvene dejavnosti.

KONCESIONARJI

Koncesionarji ohranjajo javno zdravstveno varstvo

23. decembra sta se prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, in asist. Dean Klančič, dr. med., predsednik odbora za zasebno dejavnost ZZS, na novinarski konferenci odzvala na rezultate revizije Računskega sodišča o podeljevanju koncesij v zdravstvu.

V javnem odzivu smo med drugim pojasnili:

Koncesionarstvo se je izkazalo kot učinkovita oblika zdravstvenega varstva. Sprejema jo večina Evrope in tudi pri nas so jo bolniki dobro sprejeli. Zdravnikom, ki se odločajo za koncesionarstvo, pa slednje zagotavlja samostojnost pri delu in odločitvah, samostojnost pri nakupu opreme in ureditvi prostorov, pri organizaciji dela po svoji meri in meri bolnikov ter večje možnosti izobraževanja glede na potrebe izvajanja dejavnosti.

V Sloveniji sta obseg in vsebina programa zasebnih izvajalcev določena s koncesijsko pogodbo z občino oziroma državo, s katero se podeljuje dovoljenje za določeno dejavnost v javni zdravstveni mreži, ter s pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki določa obseg in ceno dela vsakemu nosilcu dejavnosti oziroma izvajalcu posebej. Kot je znano številnim državljanom, ki obiskujejo zdravnike koncesionarje, enako kot pri zdravniku, zaposlenem v javnem zdravstvenem zavodu, tudi pri koncesionarju za pregled in zdravljenje v okviru Pravil ZZS ne plačajo. Zdravniki in zobozdravniki poleg znanja in dela namenjajo tudi pomembna finančna sredstva za doseg čim boljše kakovosti zdravstvene oskrbe državljanov. Za nove zmogljivosti in opremo, ki so bile do danes vključene v sistem javnega zdravstvenega varstva, so do leta 2006 namenili že 60 milijonov evrov. Zdravniška zbornica želi aktivno sodelovati pri pripravi uravnoteženih kriterijev za podeljevanje koncesij na primarni ravni, ob tem pa podpiramo tudi iniciativo lokalnih skupnosti, ki zelo potrebujejo zdravnika ali zobozdravnika v svojem okolju, da te kriterije še stimulatивно nadgradijo.

Podpiramo tudi prizadevanja Ministrstva za zdravje RS, da izpelje reformo zakonodaje, pri čemer pa želimo aktivno sodelovati v celotnem procesu razvoja in posodobitve

sistema zdravstvenega varstva. Pri tem lahko ponudimo celovito strokovno znanje slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov in strokovnih služb Zbornice.

Primarno zdravstveno varstvo je kakovostna in stroškovno učinkovita oblika zdravstvenega varstva. Dejstvo pa je, da se primarno zdravstveno varstvo danes sooča z drugačnimi izzivi kot v preteklosti in ti od zdravstvenih domov terjajo strokovne in organizacijske posodobitve ter prilagoditev izzivom današnjega časa. Zakonodajo je treba spremeniti na način, ki bo zdravstvenim domovom omogočal sodobno in kakovostno zdravstveno oskrbo, pri čemer pa status izvajalcev zdravstvenih storitev ni bistven.

Nižja akontacija za zobozdravnike koncesionarje

Zobozdravnikom koncesionarjem je bila v decembru nakazana nižja akontacija. Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je posredoval pojasnilo, kakaj je prišlo do znižanja:

Zavod je od 1. 7. 2008 dalje akontativno povišal cene na račun povišanja plač za 5,7 odstotka (vrednost izhodiščne plače z 248,72 na 262,82 EUR). Cena je torej znašala za dejavnost zobozdravstvo za odrasle 2,46 EUR. Nov plačni sistem v veljavnem aneksu št. 3 pa pomeni, da so se plače za en zobozdravstveni tim povečale manj, kot so bile akontativno zajete v cenah (cena znaša 2,38 EUR). Z akontacijo za december 2008 se je Zavod moral čim bolj približati vrednostim letnega obračuna 2008, zato smo decembrsko akontacijo znižali za približno razliko za zadnjih pet mesecev.

Nove koncesijske pogodbe v Mestni občini Ljubljana

Kot je znano, je Mestna občina Ljubljana koncesionarje povabila k podpisu nove tipske koncesijske pogodbe, ob tem pa še vedno tečejo izmenjave in pogajanja Zdravniške zbornice Slovenije z MOL za ustrezno dopolnitev oz. spremembe teh pogodb. Koncesionarjem zato ponovno svetujemo, da podpis odložijo, dokler ne dosežemo ustrezne uskladitve in tako zagotovimo optimalne pogoje in pregledne koncesijske pogodbe, oz. se pred podpisom pogodbe posvetujejo s pravno službo Zbornice. O poteku dogovorov vas bomo sproti obveščali.

Nadomeščanje koncesionarja

Zdravniku koncesionarju, ki je dopolnil 55 let, praviloma ni treba opravljati dežurstva, ob pogojih, ki jih predpiše minister (4. odstavek 42. člena Zakona o zdravniški službi). V praksi se je pojavilo različno tolmačenje zgoraj citiranega člena, in sicer, da naj bi koncesionar, ki mu ni treba opravljati dežurstva, sam poiskal nadomestnega zdravnika, ki bo opravljal dežurstvo. Zdravniška zbornica Slovenije je od Ministrstva za zdravje pridobila mnenje, da zdravniku koncesionarju, ki mu ni treba opravljati dežurstva, nadomestnega zdravnika priskrbi izvajalec neprekinjene nujne zdravniške pomoči. Tudi v primeru, ko je koncesionar, ki je sicer dolžan opravljati dežurno službo, opravičeno odsoten, mu poišče nadomeščanje izvajalec neprekinjene nujne zdravniške pomoči.

Vprašalnik o stroških poslovanja ambulante za koncesionarje

Konec novembra ste koncesionarji po elektronski pošti prejeli kratek vprašalnik o stroških poslovanja vaše ambulante. Vabimo vas, da izpolnjeno anketo čim prej pošljete po elektronski pošti na naslov nika.sokolic@zss-mcs.si ali po pošti, če želite, da ostanejo vaši podatki anonimni. Podatke, ki nam jih boste posredovali, bomo uporabili izključno za pripravo standardov ter posledično za doseganje ustreznih pogojev dela in vrednotenja programov.

Nov plačni sistem v zdravstvu

Zdravnike koncesionarje kot delodajalce pri njih zaposlenih zdravnikov obveščamo, da sta Zdravniška zbornica Slovenije in sindikat Fides z namenom, da se zagotovi, da ti zdravniki ne bi bili v manj ugodnem položaju od zdravnikov, zaposlenih v javnem sektorju, podpisala *Sporazum o smiselni uporabi določil zakona o sistemu plač v javnem sektorju, pripadajočih podzakonskih aktov in kolektivnih pogodb za delodajalce, ki jih zastopa Zdravniška zbornica Slovenije, in pri njih zaposlene zdravnike in zobozdravnike*. S sporazumom sta se stranki zavezali, da bosta sklenili Posebni tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike za zasebni sektor, ki pa je še v usklajevanju.

Zdravnikom koncesionarjem zato svetujemo, da do uveljavitve *Posebnega tarifnega dela Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike za zasebni sektor* kot obvezne minimalne standarde za vse svoje zaposlene, tudi za zdravnike, smiselno uporabljajo določbe Zakona o sistemu plač v javnem sektorju, podzakonskih aktov, sprejetih na njegovi podlagi, ki urejajo napredovanje v plačne razrede, delovno uspešnost in položajni dodatek ter določbe Kolektivne pogodbe za javni sektor in aneksov h Kolektivni pogodbi za dejavnost zdravstva in socialnega varstva in h Kolektivni pogodbi za zaposlene v zdravstveni negi.

SPECIALIZANTI

Zaposlovanje specializantov

Specializanti in kadrovske službe njihovih delodajalcev se obračajo na Zbornico s prošnjami za razlago postopkov zaposlovanja specializantov v skladu z zadnjimi spremembami Zakona o zdravniški službi. Za odgovore na zbrana vprašanja smo zaprosili pripravljavca sprememb zakona, Ministrstvo za zdravje. Pojasnila ministrstva si lahko preberete med *Obvestili za člane* na spletnih straneh Zbornice.

V delih, kjer so pojasnila Ministrstva za zdravje pomanjkljiva, oziroma v temah, na katere ministrstvo še ni podalo mnenja, bomo po potrebi ministrstvo zaprosili za dopolnitve ter vas z njimi seznanili z objavo na spletni strani Zbornice.

Razvrstitev specializantov na delovna mesta z oznako PPD

Pravna služba ZZS podaja mnenje, da določanje PPD-jev specializantov glede na to, ali že delajo samostojno ali še ne, ni ustrezno. Kriteriji za uvrščanje specializantov na delovna mesta z oznako posebnih pogojev dela bi morali temeljiti na dejstvu, ali specializanti opravljajo svoje delo v okoliščinah, ki so opredeljene kot posebni pogoji dela ali ne.

Poseben tarifni del Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike v Republiki Sloveniji zaradi realizacije Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Uradni list RS, št. 60/08, v nadaljnjem besedilu: Poseben tarifni del Kolektivne pogodbe) določa:

6. člen

(Uvrščanje na podlagi posebnih pogojev dela – PPD)

(1) Na delovna mesta z oznako **PPD1** se razvrstijo zdravniki in zobozdravniki, ki:

– poleg dela v ambulanti oziroma bolnišničnem oddelku vsak teden vsaj 13 ur tedensko opravljajo operativno delo v operacijski dvorani (pri zdravnikih, ki delajo krajši delovni čas od polnega, se upošteva sorazmerni delež ur za delo v operacijski dvorani), ali

– poleg dela v ambulanti oziroma na bolnišničnem oddelku vsak teden vsaj 13 ur tedensko opravljajo invazivno diagnostiko oziroma terapijo (pri zdravnikih, ki delajo krajši delovni čas od polnega, se upošteva sorazmerni delež ur za invazivno diagnostiko oziroma terapijo), ali

– opravljajo pretežno urgentno službo, ali

– opravljajo delo pretežno v intenzivni enoti, ali

– delajo tudi v prosekturi, ali

– opravljajo anesteziološko službo pretežno v operacijski dvorani ali v intenzivni enoti.

Na delovna mesta z oznako **PPD2** se razvrstijo zdravniki in zobozdravniki, ki:

– poleg dela v ambulanti oziroma bolnišničnem oddelku vsak teden vsaj 6,5 ur tedensko opravljajo operativno delo v operacijski dvorani (pri zdravnikih, ki delajo krajši delovni čas od polnega, se upošteva sorazmerni delež ur za delo v operacijski dvorani), ali

– opravljajo poleg dela v ambulanti oziroma bolnišničnem oddelku še urgentno službo na terenu ali v helikopterju, ali

– delajo pretežni del delovnega časa na oddelku radiologije, radioterapije ali nuklearne medicine.

Na delovna mesta z oznako **PPD3** se razvrstijo zdravniki in zobozdravniki:

– ki poleg dela v ambulanti oziroma bolnišničnem oddelku občasno opravljajo tudi operativno delo v operacijski dvorani, ali

– ki poleg dela v ambulanti oziroma bolnišničnem oddelku občasno delajo na anesteziološkem oddelku oziroma oddelku intenzivne oziroma invazivne diagnostike in terapije, ali

– ki poleg ali ob delu v ambulanti oziroma bolnišničnem oddelku opravljajo tudi urgentno službo, ali

– ki ves delovni čas delajo na oddelku za infekcijske bolezni ali tuberkulozo, ali

– ki ves delovni čas delajo z osebami s psihično ali telesno prizadetostjo, ali

– ki pretežni del delovnega časa delajo v razvojni ali centru za zdravljenje odvisnosti.

Ostali zdravniki se razvrstijo na ustrezna delovna mesta brez oznak PPD.

(2) Če se zdravniku oziroma zobozdravniku pogoji dela po tem členu spremenijo, se z njim sklene pogodba o zaposlitvi za ustrezno višje oziroma nižje uvrščeno delovno mesto.

Poseben tarifni del Kolektivne pogodbe **ne določa, da bi se na specializantska delovna mesta z oznako PPD razvrščali samo tisti specializanti, ki delajo samostojno.**

Iz Priloge Posebnega tarifnega dela Kolektivne pogodbe – Delovna mesta in nazivi plačne podskupine E1, je dalje razvidno, da so bila v skladu s citiranim pravnim predpisom. Kriteriji za uvrščanje specializantov na delovna mesta z oznako posebnih pogojev dela naj temeljijo na dejstvu, ali specializanti opravljajo svoje delo v okoliščinah, ki jih taksativno določa 6. člen Posebnega tarifnega dela Kolektivne pogodbe.

Na podlagi navedenega menimo, da določanje posebnih pogojev dela specializantov glede na to, ali že delajo samostojno ali še ne, ne bi bilo v skladu s citiranim pravnim predpisom. Kriteriji za uvrščanje specializantov na delovna mesta z oznako posebnih pogojev dela naj temeljijo na dejstvu, ali specializanti opravljajo svoje delo v okoliščinah, ki jih taksativno določa 6. člen Posebnega tarifnega dela Kolektivne pogodbe.

ZDRAVNIŠTVO

Fides – sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije pripravil letno konferenco

Osrednji temi 18. letne konference Fidesa sta bili delovne razmere in finančno vrednotenje dela zdravnikov. Delegati so tako sprejeli naslednje usmeritve in sklepe, ki jih v celoti podpira tudi Zdravniška zbornica Slovenije:

Delegati letne konference ostro nasprotujemo spremembi evropske direktive o delovnem času, in sicer v delu, ki delo v dežurstvu ponovno deli na efektivno in neefektivno ter tako nakazuje, da bo v prihodnje možno v nacionalnih zakonodajah ponovno uveljaviti, da se neaktivni čas, prebit na delovnem mestu, ne bo štel kot delovni čas. Vztrajamo tudi pri tem, da brez soglasja zdravnika tedenski delovni čas ne more presežati 48 ur in da je treba zdravniku omogočiti takojšnji kompenzatorni počitek, kadar mu ni

zagotovljen vsakodnevni počitek enako kot drugim delavcem.

Letna konferenca zahteva, da Ministrstvo za zdravje končno pripravi javno zdravstveno mrežo. Prav tako je treba na novo določiti košarico zdravstvenih storitev, ki jih plača obvezno zdravstveno zavarovanje.

Glavni odbor Fidesa mora vztrajati, da se realizira stavkovna zahteva, to je sprejem standardov in normativov na primarni in sekundarni ravni.

V zvezi z novim plačnim sistemom pričakujemo, da bodo resorna ministrstva v prihodnje imela aktivnejšo vlogo v plačnem sistemu, tako v pogajanjih kot izvajanju plačnega sistema.

Hkrati je treba:

- odpraviti limit 57. plačnega razreda za vse plačne skupine;
- ponovno preučiti nabor in ureditev dodatkov v Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju in Kolektivni pogodbi za javni sektor, zlasti dodatek za stalno pripravljenost;
- pregledati učinek spremenjenih višin dodatkov in določiti korekcije, ki bi zagotovile, da sprememba višine dodatkov ne bi pomenila razvrednotenja dela, zlasti v primerjavi s prejšnjo ureditvijo;
- dopolniti določbe Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in Uredbe o napredovanju javnih uslužbencev v plačne razrede, zlasti v delu, ki se nanaša na upoštevanje napredovanj, ki so jih zaposleni pridobili pred vstopom v nov plačni sistem.

Zahtevamo ponovno usklajevanje glede Uredbe o plačilu delovne uspešnosti iz naslova blaga in storitev na trgu, ki je bila s sindikalno stranjo usklajena, nato pa sprejeta na vladi v bistveno drugačnem besedilu, ki ni bilo usklajeno in ki za sindikalno stran ni sprejemljivo.

Delegati pozivamo tako Ministrstvo za zdravje kot javne zdravstvene zavode, da pri nagrajevanju posebej obremenjenih zdravnikov, predvsem na primarni ravni, upoštevajo vse možnosti, ki jih daje nov plačni sistem.

Glede urejanja položaja specialistov zahtevamo izboljšanje in poenostavitev pri njihovi zaposlitvi pri stalnem delodajalcu, prav tako glede kroženja.

Letna konferenca podpira sklic posebne konference o problematiki primarnega zdravstva.

Glavni odbor Fidesa mora v programsko usmeritev vključiti tudi problematiko reševanja nasilja in diskriminacije na delovnem mestu, v odnosih z vodstvom in z uporabniki.

MEDIJSKO DOGAJANJE

Obravnavna primera smrti 12-letnega bolnika

Tudi v decembru je v javnosti odmevalo dogajanje v primeru smrti 12-letnega bolnika. V ospredju je bil odstop dosedanjega predstojnika mariborske Klinike za pediatrijo, prof. dr. Alojza Gregoriča, dr. med., in imenovanje dr. Jerneja Dolinška, dr. med., za vršilca dolžnosti predstojnika pediatrije. Novinarjem in javnosti smo ob tem pojasnili:

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije vodi postopke v primeru obravnave smrti 12-letnega bolnika prioritarno in z vso skrbnostjo. Kot je znano, poročilo o ekspertnem strokovnem nadzoru in ostali dokumenti, ki jih je pridobil odbor za strokovno-medicinska vprašanja, ne omogočajo dokončne presoje. Zaradi kompleksnosti in zahtevnosti zdravstvenega primera in zavezanosti k skrbnem nadzoru primera odbor čaka še na ekspertno mnenje iz tujine. Ta trenutek ne razpolagamo z novimi okoliščinami ali informacijami, ki bi lahko botrovale današnjemu odstopu dosedanjega predstojnika Klinike za pediatrijo, prof. dr. Alojza Gregoriča, dr. med. Primer bomo še naprej preučevali prioritarno in si prizadevali postopek zaključiti takoj, ko pridobimo manjkajoče odgovore. Ko bo postopek obravnave primera smrti 12-letnega bolnika zaključen, ga bomo predstavili javnosti.

Skladno z zavezo Zdravniške zbornice Slovenije, da bo javnost redno obveščala o novih dejstvih v postopku obravnave primera smrti 12-letnega dečka, smo javnost 14. januarja 2009 obvestili tudi o naslednjih dejstvih:

Avstrijski ekspert, ki smo ga zaprosili za strokovno mnenje na podlagi predloga in priporočila predstojnika Pediatrične klinike, nas je v preteklih dneh telefonsko in nato še pisno obvestil, da svojega mnenja kot biokemik ne bo mogel podati. Zato se je iz postopka izločil, o čemer smo nemudoma obvestili starše. Prav tako smo nemudoma pristopili tudi k iskanju ustreznih ekspertov preko zbornic in s pomočjo avstrijske in nemške zdravniške zbornice že evidentirali dva mednarodno priznana strokovnjaka s kliničnimi izkušnjami s področja zdravljenja metabolnih motenj, ki bi lahko podala strokovno mnenje o zdravstveni obravnavi 12-letnika.

Tožilec Zdravniške zbornice Slovenije je prejel prijavo pravnega zastopnika staršev, ki jo bo tudi obravnaval.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije, ki obravnava primer, se je včeraj na svoji redni seji seznanil s pripombami enega od nadzorovanih zdravnikov. Prejeli so tudi eno od dveh zahtevanih mnenj s področja biokemije, ki prinaša ekspertno vrednotenje laboratorijskih izvidov. Za dokončno odločitev v tem klinično zahtevnem primeru odbor potrebuje mnenje eksperta s področja metabolnih motenj, ki ga bo Zbornica tudi pridobila preko svojih utečenih poti.

Ustanovitev zasebnega zavoda za onkologijo in radioterapijo

V ospredju medijske pozornosti je zasebni zavod za onkologijo in radioterapijo, ki ga je marca letos ustanovila skupina radioterapevtov z Onkološkega inštituta Ljubljana. Ob tej priložnosti smo pojasnili:

Zdravniki kot temeljni odgovorni nosilci opravljanja zdravstvene dejavnosti potrebujejo neodvisnost pri sprejemanju strokovnih odločitev in svobodno izbiro v danih okoliščinah najprimernejšega načina zdravljenja. Tovrstna poklicna avtonomija je opredeljena tudi zakonsko in razumljivo in potrebno je, da si zdravniki prizadevajo zanjo.

Če obstoječe organizacijske oblike zdravnikov strokovno utesnjujejo, obenem pa so nenehno preobremenjeni in slabo plačani, je razumljivo, da bodo iskali možnosti, poti in organizacijske oblike za optimalnejše zdravljenje pacientov ter razvoj in upravljanje svoje strokovne in profesionalne poti. Kot odraz tovrstnega iskanja ustreznih rešitev razumemo in podpiramo tudi prizadevanja radiologov.

ZZZS za primanjkljaj v zdravstveni blagajni krivi zdravnike

V medijih smo v decembru zabeležili tudi dva daljša pogovora s predsednico prim. asist. Gordano Kalan Živčec, dr. med., in sicer v Primorskih novicah ter v Nedelu. V ospredju obeh intervjujev so bile aktualne pobude Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, naj zdrav-

niki sami nadomestijo domnevni primanjkljaj v zdravstveni blagajni.

Kot je za Nedelo pojasnila predsednica, je za načrtovanje zdravstvene politike, pri kateri ima pomembno vlogo usmerjanje finančnih sredstev v zdravstvenem sistemu, odgovorno predvsem Ministrstvo za zdravje, neposredno pa menedžment v zdravstvenih ustanovah. Zdravniki kot izvajalci v sistemu zdravstvenega varstva pa so zavezani k zagotavljanju visokokakovostne zdravstvene oskrbe ter zdravljenju v okviru programa zdravstvenega varstva v Sloveniji, ne odločajo pa o načinu porabe sredstev. »Opozarjamo, da bi omejevanje zdravstvenih storitev neizogibno vodilo v zmanjšanje dostopnosti zdravstvenih storitev oziroma kakovosti zdravstvene oskrbe, kar pa za socialno državo najbrž ni sprejemljivo. Zdravniška zbornica ocenjuje, da morebitnih rezerv ni mogoče iskati v zdravniškem delu, ki je že zdaj na meji kadrovske zmogljivosti. Zdravnikov je namreč premalo, zato so preobremenjeni,« je še dejala predsednica Zdravniške zbornice. (Nedelo, 14. december 2008)

»Na zbornici nujnost sprememb pri vrednotenju zdravniškega poklica utemeljujejo s podatki, da slovenski zdravnik zasluži trikrat manj od nizozemskega, štirikrat manj od avstrijskega in petkrat manj od belgijskega zdravnika. Hkrati pomanjkanje zdravnikov in staranje prebivalstva povečujeta obremenitev obstoječih zdravnikov ter zmanjšujeta motivacijo za klinično delo. Zanimanje za študij medicine že upada, kajti mladi se odločajo za poklice, pri katerih lahko z manj napora zaslužijo več. Predsednica zdravniške zbornice zato od novega vodstva ministrstva za zdravje pričakuje zlasti skupno iskanje poti za razbremenitev danes zelo obremenjenih zdravnikov in zobozdravnikov ter boljše finančno vrednotenje njihovega dela.« (Primorske novice, 9. december 2008)

ZAKONODAJA - NOVOSTI

Odsotnost pacienta z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem

Na spletni strani Uradnega lista: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=89719> je objavljen obrazec, ki ga izpolni osebni zdravnik ob pacientovi upravičeni odsotnosti z naroka glavne obravnave ali drugega procesnega dejanja pred sodiščem.

Merila in postopki za izvolitev raziskovalcev v raziskovalne nazive

Upravni odbor Javne agencije za raziskovalno dejavnost Republike Slovenije je sprejel Pravilnik o raziskovalnih nazivih. Ta določa pogoje, kvalitativne in kvantitativne kazalce ter merila in postopek za izvolitev raziskovalcev v raziskovalne nazive v raziskovalnih organizacijah, spremljanje in nadziranje izpolnjevanja pogojev za izvolitev raziskovalcev v raziskovalni naziv. Ogledate si ga lahko na naslovu: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=90356>

Nova vsebina obrazca Mesečna zbirna naročilnica

Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja določa novo vsebino obrazca Mesečna zbirna naročilnica. Celotno besedilo novele si lahko ogledate na naslovu: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=90358>

Pridobitev pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev

Za izvajanje 24. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je minister za zdravje izdal Pravilnik o obrazcu vloge za ugotovitev izpolnjevanja pogojev za pridobitev pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Omenjeni pravilnik določa vsebino in obliko obrazca vloge za ugotovitev izpolnjevanja pogojev za pridobitev pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev in vrste dokazov o izpolnjevanju pogojev za pridobitev pravice, ki jih morajo predložiti upravičenci. Pravilnik je na voljo na naslovu: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=90340>

Gibanje plač v oktobru 2008

Ste vedeli, da je povprečna mesečna bruto plača na zaposleno osebo v Sloveniji za oktober 2008 znašala 1.424,08 EUR in je bila za 1,7 odstotka večja kot za september 2008? Več o gibanju plač v oktobru 2008, ki ga je v Uradnem listu RS št. 126 z dne 31. 12. 2008 na podlagi Zakona o državni statistiki objavil Statistični

urad Republike Slovenije, si lahko ogledate na naslovu:

<http://www.uradni-list.si/1/content?id=90361>

Merila za ugotavljanje dohodkov, prihrankov in premoženja občanov za prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje

Minister za zdravje je v soglasju z ministrom, pristojnim za delo, družino in socialne zadeve, izdal Pravilnik o merilih za ugotavljanje dohodkov, prihrankov in premoženja občanov za prijavo v obvezno zdravstveno zavarovanje. Ogledate si ga lahko na naslovu: <http://www.uradni-list.si/1/content?id=90345>

Pravilnik o razvrščanju zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na listo

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je sprejela Pravilnik o razvrščanju zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na listo. Ta pravilnik ureja merila in postopke za razvrščanje zdravil in živil za posebne zdravstvene namene (v nadaljnjem besedilu: živila) za zunajbolnišnično zdravljenje na pozitivno ali vmesno listo obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer:

- merila za razvrščanje zdravil,
- določanje list zdravil,
- merila za razvrščanje in določanje list za živila,
- izločitvena merila,
- omejitve predpisovanja in omejitve izdajanja,
- predlagatelje, vsebino vlog, postopek obravnave vlog in roke,
- dogovor o ceni,
- najvišje priznane vrednosti in roke,
- evidence in objavljanje,
- pristojbine.

Pravilnik je na voljo na naslovu:

<http://www.uradni-list.si/1/content?id=90357>

FIDES

Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

Usmeritve in sklepi XVIII. letne konference sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije Fides 12. decembra 2008

1.

Delegati letne konference ostro nasprotujemo spremembi evropske direktive o delovnem času, in sicer v delu, ki delo v dežurstvu ponovno deli na efektivno in neefektivno ter tako nakazuje, da bo v prihodnje možno v nacionalnih zakonodajah ponovno uveljaviti, da se neaktivni čas, prebit na delovnem mestu, ne bo štel kot delovni čas. Vztrajamo tudi pri tem, da brez soglasja zdravnika tedenski delovni čas ne more presežati 48 ur in da je treba zdravniku omogočiti takojšnji kompenzatorni počitek, kadar mu ni zagotovljen vsakodnevni počitek enako kot drugim delavcem.

2.

Letna konferenca zahteva, da Ministrstvo za zdravje končno pripravi javno zdravstveno mrežo. Prav tako je treba na novo določiti košarico zdravstvenih storitev, ki jih plača obvezno zdravstveno zavarovanje.

3.

Glavni odbor FIDES mora vztrajati, da se realizira stavkovna zahteva, to je sprejem standardov in normativov na primarni in sekundarni ravni.

4.

V zvezi z novim plačnim sistemom pričakujemo, da bodo resorna ministrstva v prihodnje imela aktivnejšo vlogo v plačnem sistemu, tako v pogajanjih kot izvajanju plačnega sistema.

Hkrati je treba:

- odpraviti limit 57. plačnega razreda za vse plačne skupine;
- ponovno preučiti nabor in ureditev dodatkov v Zakonu o sistemu plač v javnem sektorju in Kolektivni pogodbi za javni sektor, zlasti dodatek za stalno pripravljenoost;
- pregledati učinek spremenjenih višin dodatkov in določiti korekcije, ki bi zagotovile, da sprememba višine dodatkov ne bi pomenila razvrednotenja dela, zlasti v primerjavi s prejšnjo ureditvijo;
- dopolniti določbe Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in Uredbe o napredovanju javnih uslužbencev v plačne razrede, zlasti v delu, ki se nanaša na upoštevanje napredovanj, ki so jih zaposleni pridobili pred vstopom v nov plačni sistem.

5.

Zahtevamo ponovno usklajevanje glede Uredbe o plačilu delovne uspešnosti iz naslova blaga in storitev na trgu, ki je bila s sindikalno stranjo usklajena, nato pa sprejeta na vladi v bistveno drugačnem besedilu, ki ni bilo usklajeno in ki za sindikalno stran ni sprejemljivo.

6.

Delegati pozivajo tako Ministrstvo za zdravje kot javne zdravstvene zavode, da pri nagrajevanju posebej obremenjenih zdravnikov, predvsem na primarni ravni, upoštevajo vse možnosti, ki jih daje nov plačni sistem.

7.

Glede urejanja položaja specializantov zahtevamo izboljšanje in poenostavitev pri njihovi zaposlitvi pri stalnem delodajalcu, prav tako glede kroženja.

8.

Letna konferenca podpira sklic posebne konference o problematiki primarnega zdravstva.

9.

Glavni odbor FIDES mora v programsko usmeritev vključiti tudi problematiko reševanja nasilja, mobinga in diskriminacije na delovnem mestu, v odnosih z vodstvom in z uporabniki. ■

*Predsedujoči
Ivan Mrzlikar*



Omogočiti upokojenemu zdravniku primerni sprejem v dom za ostarele, če ga potrebuje

Pismo Zdravniški zbornici Slovenije

Pavle Kornhauser

Spodbujen z žalostno usodo nekaterih mojih kolegov in prijateljev, ki so zaradi družinskih razmer in boleznih potrebovali sprejem v dom za ostarele, sem razmišljal, da bi se tudi naša stanovska organizacija morala vključiti v prizadevanja omogočiti primerno življenje kolegom, ki ne morejo več sami skrbeti za sebe. Znano je, da so čakalne dobe, ne le v Ljubljani, za sprejem v »domove počitka« zelo dolge in da so možnosti, da bi prosilec dobil sam svojo sobo, kaj šele apartma, majhne. Še hujše je, če oskrbovanec potrebuje strokovno pomoč, posebno nego ter nujni sprejem v bolnišnični oddelek zavoda.

Ni mi znano, ali sta Zdravniška zbornica Slovenije ali Zdravniško društvo Slovenije kdaj doslej opravila poizvedbo o potrebah in željah zdravnikov, seveda predvsem upokojenih, da bi življenje nadaljevali v kakem domu počitka. Lahko tudi skupaj s svojim partnerjem. Analiza teh podatkov bi nam šele odgovorila o potrebah.

V javnih medijih, v časnikih in tudi na RTV, smo vse pogosteje obveščeni »o negotovi prihodnosti staranja«. Razmerje med delovno aktivnim prebivalstvom in upokojenimi se vztrajno slabša na škodo zaposlenih. Kmalu bosta – kar velja zlasti za Zahodno Evropo – na vsakega človeka, starejša od 65 let, prišla dva delovno zmožna; zdaj je razmerje ena proti štiri. Do leta 2050 bo polovica Evropejcev starejša od 50 let. V povprečju bodo ljudje leta 2050 dočakali devetdeseti rojstni dan. V Ljubljani je danes šestina ljudi starejših od 65 let. Po statistiki iz leta 2000* zdravniki pri nas v povprečju doživijo: moški 70,6, ženske 65,5 let. Alternativa staranja je zgodnja smrt. Tega si nihče ne želi. Preprečili jo bomo ne le z dobro zdravstveno preventivno in kurativno medicino, temveč tudi s socialnimi ukrepi. Med njimi so tudi domovi za ostarele.

Družbene razmere so se v zadnjega pol stoletja zelo spremenile: družina je v petdesetih letih

prejšnjega stoletja za ostarelega člana skrbela povprečno pol leta, zdaj se je ta doba podaljšala na sedem let, je bilo poudarjeno pred kratkim na Dunaju na mednarodnem simpoziju o staranju. Potrebe po oskrbi in negi starostnikov so vedno večje, saj družine same ne zmorejo teh obveznosti, ponudba postelj v domovih za ostarele pa je vedno manjša od povpraševanja. Na XII. kongresu Slovenskega zdravniškega društva konec oktobra 2008 je bila glavna tema staranje prebivalstva, kar je v dokaz, da se zdravniki zavedajo pomena gerontologije v vsakdanjem delu. Vendar, kot pravi latinski pregovor: *Hic Rhodus, hic salta*. Ostarelim zdravnikom, ki potrebujejo dodatno pomoč – oskrbo in nego – daljnosežni sklepi ne bodo v korist, razumevanje in podporo nekateri potrebujejo takoj oziroma čim prej.

Zdravniška zbornica je civilno stanovsko združenje, ki zastopa – kot pravi njen statut – interese zdravništva. Naj to zastopništvo ne bo omejeno le na čas, ko je zdravnik v polnem zagonu, telesno in duševno, in lahko opravlja svoj poklic. Zdravniška zbornica naj skrbi za svoje člane in jih zaščiti, ko so javno napadeni in večkrat po krivici obtoženi zaradi »zdravniške napake« oz. »nestrokovnega in malomarnega zdravljenja«; Zdravniška zbornica naj pomaga zdravnikom, ki so v hudi socialni stiski; naloga Zdravniške zbornice naj bo tudi skrb za ostarele zdravnike, ki so iz različnih vzrokov ostali brez družine in ne morejo več skrbeti za sebe, še zlasti, ko jih bolezen naredi nepomične.

Zato sem Zdravniški zbornici Slovenije predlagal oblikovanje komisije (odborna), ki bi skupaj s Sekcijo upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva ugotovila potrebe na tem področju in razmislila o stanovanjskih rešitvah, kako namensko za zdravnike zagotoviti nove enote v domovih za ostarele. Resda je v skupnem načrtu Slovenskega zdravniškega društva (SZD), Zdravniške zbornice Slovenije in Fidesa gradnja »doma slovenskega zdravništva«, ki naj ima v svoji sestavi tudi novogradnjo za ostarele zdrav-

nike, vendar se lahko zavedamo, da gre bolj za vizijo za prihodnost, kot pa za realne možnosti uresničitve v doglednem času. pa Zdravniki bi se lahko vključili v načrtovanje gradnje »domov počitka«, ki poteka v republiških in občinskih organih. S temi »organi« bi stopili v stik zaradi poizvedbe. Seveda je treba ugotoviti, kakšne so možnosti za sofinanciranje investicije, tako s strani Zbornice – če se bo oblikoval nek fond, kot tudi posameznikov, možnih prosilcev za sprejem. Vodstvu Zbornice sem predlagal tudi kolege(ice), ki so pripravljeni sodelovati v taki komisiji.

Na zadnjem srečanju Sekcije upokojenih zdravnikov Slovenskega zdravniškega društva s kolegi iz Hrvaške –septembra 2008 smo bili vabljeni v Čakovec in v nekatera središča Posavine – mi je predsednik njihovega društva upokojenih zdravnikov, dr. Dragutin Kremzir, predstavil prizadevanje Zbora liječnika Hrvatske, da bi zgradili »Mirovni dom«, imenovan po dr. Andriji Štamparju, prvem predsedniku Svetovne zdravniške organizacije. Odbor za gradnjo je dobil obljubo od mesta Zagreb za brezplačno zemljišče, mesto naj plača tudi komunalne prispevke. Dr. Kremzir mi je poslal statut tega društva za gradnjo doma za upokojene zdravnike. Odbor Zdravniške zbornice Slovenije bi stopil v stik z zdravniškimi stanovskimi organizacijami držav, na katere meji Slovenija, tudi v Italiji, Avstriji in na Madžarskem, da bi ugotovili, ali so kaj storile na področju skrbi za ostarele zdravnike.

Zavedam se težav, ki čakajo vsakega, ki bi želel zagotoviti za zdravnike človeške pogoje sprejema in življenja v nekem domu za ostarele. Če pa upoštevamo kalvarijo kolega, ki zaradi zdravstvenih in socialnih stisk nujno potrebuje pomoč in vidi izhod le v sprejemu v dom za ostarele, nas začetni, na videz nerešljivi pogoji ne bi smeli odvrniti od načrtovane poti. ■

* J. Šelb, T. Albreht: Umrljivost zdravnikov v Sloveniji v letih 1985-99. Zdrav vestn 2000; 69: 147-53.

Izgorelost pri slovenskih zdravnikih

Zdenka Čebašek Travnik

K pisanju me je spodbudil članek Maše Černelič Bizjak, objavljen v januarški številki revije Isis. Ne glede na to, da se s posameznimi trditvami avtorice ne morem strinjati, pa se mi zdi pomembno, da je znova spodbudila razpravo o temi izgorelosti pri zdravnikih in zobozdravnikih.

Čeprav sama v času mandata varuhinje človekovih pravic ne delam kot zdravnica, ostajam v stiku z medicino in z Zdravniško zbornico ter sodelujem pri uresničevanju že dolgo načrtovanega projekta »Organizirana strokovna pomoč zdravnikom«. Ko sem v marcu 2006 pripravljala uvodnik za Isis z naslovom Ali smo zdravniki lahko bolniki, je bilo za mano že nekaj bolj ali manj uspešnih poskusov zbuditi zanimanje za organizirano pomoč zdravnikom, ki so se znašli v stiski. Sprva sem na stisko kolegov gledala z očmi raziskovalke, ko sem v sklopu raziskovalnega dela preučevala izgorevanje. Kasneje sem se srečevala s kolegi, ki sem jim pomagala na poti okrevanja pri boleznih odvisnosti. Močno spodbudo mi je pomenilo tudi sodelovanje pri izvedbi izbirnega predmeta Umetnost zdravljenja na Medicinski fakulteti in nenazadnje številni podatki o tem, kako je organizirana kolegialna pomoč v tujini. Od začetnih razmišljanj, kako pomagati zdravnikom z duševnimi težavami, sem postala pozorna tudi na druge težave kolegov – tako zdravstvene kot družinske in delovnopravne. Skupni imenovalec vsem tem težavam je bil, da zdravniki praviloma zase (po)skrbimo slabše kot za ljudi, ki prihajajo k nam po pomoč.

Zavedam se, da med zdravniki obstajajo velike razlike v odnosu do organizirane kolegialne strokovne pomoči. Veliko jih meni, da takšne pomoči ne potrebujemo, sploh pa ne v neki organizirani ali (tudi) formalizirani obliki. Po drugi strani pa je vedno več pobud za korake v nasprotni smeri, oglašajo se kolegi, ki so pripravljene sodelovati, deliti svoje izkušnje in prispevati k temu, da se takšna pomoč organizira čim prej. Da bi nastajajočo pomoč postavili na trdne temelje, smo že leta 2005 ustanovili delovno skupino, katere naloga je bila dvojna: pripraviti in izvesti anketo o zaznavanju tovrstnih potreb in napisati nekaj prispevkov, s katerimi bi kolege seznanili z nekaterimi pomembnimi ugotovitvami glede zdravstvenih in drugih težav zdravnikov in zobozdravnikov. Drugi del naloge smo začeli izvajati spomladi 2006, izvedba ankete pa se je nekoliko zavlekla, vendar smo v drugi polovici leta 2008 že razpolagali z delno analizo rezultatov. Ti so nam pokazali, da je med zdravniki in zobozdravniki zaznati posledice izgorevanja in da si jih veliko želi imeti dostopno organizirano strokovno in kolegialno pomoč. Posamezne dele analize bomo predstavili v naslednjih številkah Izide, takrat bomo imeli tudi že prve odzive na ponujene možnosti. Zdravnike, ki bodo sodelovali kot svetovalci na telefonski liniji, bomo uvedli v svetovalno delo, pripravili bomo kontaktne podatke za nadaljnje postopke in si prizadevali za to, da bi »Organizirana strokovna pomoč zdravnikom« postala stalna oblika delovanja Zdravniške zbornice.

Še nekaj besed o članku, ki je spodbudil moje današnje pisanje. V marsičem me je presenetil, saj je izgorevanje predstavljeno v nekoliko nenavadni luči. Sama sem v minulih 20 letih preučevala izgorevanje in izgorelost na različnih poklicnih skupinah (zdravnikih, psihologih, terapevtih za odvisne, duhovnikih, radioloških inženirjih, pedagogih), pa tudi pri dijakih in študentih. V raziskavah so bili uporabljeni različni instrumenti, ki vsak na svoj, nekoliko specifičen način merijo pojav izgorevanja oz. izgorelosti. Ta ostaja konstrukt, ki ga vsak od vprašalnikov, pa tudi raziskovalcev, razlaga v skladu s svojo hipotezo o izgorevanju. Že pred 20 leti je bilo opisanih vsaj 120 različnih manifestacij izgorelosti in leta 1995 je Joachim Körkel zapisal, da niti izraz niti koncept »burnouta« (izgorelosti) nista natančno in enoznačno opredeljena, zato bodo potrebne še dodatne raziskave in razprave. Njegova misel se zdi nekako preroška, kajti še vedno odkrivamo nove vidike izgorevanja in še vedno srečujemo strokovnjake, ki pojav kot tak v celoti zanikajo.

Sama se prištevam med tiste, ki konstrukt izgorelosti priznavamo in jasno prepoznavamo nekatere njegove lastnosti. Med temi se zdi še vedno aktualna izvirna Freudengerjeva trditev, da do izgorelosti pride, ko je posameznik postavljen pred zahteve, ki presega njegove sposobnosti (energijo, moč, sredstva). Kolikšen je pri tem delež stresa in kakšen naj bi ta stres bil, pa raziskovalci nimamo enotnega mnenja. Vsekakor stres, povezan z naravnimi katastrofami, ni med neposrednimi povzročitelji izgorelosti, tudi dolgotrajni stres je sam po sebi ne povzroča. Zato so zelo pomembni dejavniki na strani posameznika, kar nekateri raziskovalci tudi upoštevajo pri merjenju izgorelosti, na primer Copenhagen Burnout Inventory proučuje osebno, delovno in v klienta usmerjeno izgorelost. Druga pomembna lastnost izgorevanja je, da se kaže v spremenjenem odnosu do klientov (v medicini do pacientov). Ta sprememba je stopenjska in jo je mogoče spremljati v njenem časovnem poteku od začetne prijaznosti in idealizma, prevelikih pričakovanj, prek zmanjšanja prijaznosti do posledičnih občutkov krivde in povečanih naporov, da bi bili videti prijazni, čemur sledi občutek neuspešnosti, nemoči, tudi brezupa, vse do izčrpanosti in odpora do pacientov, je-zavosti in/ali apatije. Od tu naprej naj bi šlo za izgorelost, ki se lahko kaže kot samoobtoževanje, cinizem, sarkazem, psihosomatske reakcije, veliki denarni izdatki, strastna intimna razmerja brez ljubezni, ločitev, nepričakovane in nepremišljene prekinitve delovnega razmerja. Vendar proces izgorevanja ni vedno enosmeren, prizadeti se lahko večkrat vrne v zgodnejše faze ali pa se odloči za bolj konstruktivne reakcije, lahko tudi za zamenjavo službe... Skratka, izgorelost ni črna luknja brez izhoda, čeprav je včasih videti tako. Zato je pomembno, da v okviru stanovskega združenja ponudimo takšne oblike pomoči, ki bodo namenjene ne samo pomoči prizadetim kolegom, temveč tudi preprečevanju nastanka izgorelosti. Izgorelost pa ima še eno prepoznavno lastnost. Je namreč »nalezljiva« in se hitro širi po kolektivu. Seveda gre za vzdušje v določenem delovnem okolju, a o tem bomo pisali več ob analizi podatkov naše, domače raziskave. ■

Še enkrat ob rob igram na srečo

Tone Pačnik

Igre na srečo so ena sama nesreča za človeka, za državo in lastnike igralnic pa pravi blagoslov. Sam za to nesrečo rajši uporabljam besedo hazard, ker je hazarder tista uboga para, ki za denar igra igre, katerih izid je naključen, posledično pa vodi v neizogibno brezno obupa in razočaranj, kamor hazarder potegne tudi svoje najdražje. Hazarderji so ljudje, ki imajo zaradi teh nagrnjenj resne težave na psihičnem in socialnem področju. Tudi njihovo telesno zdravje je bistveno slabše od zdravja ne hazarderjev zaradi tesne povezanosti tega problema s tveganim načinom življenja.

Kaj pomeni hazardiranje oz. kaj pomeni odvisnost od kocke, je zelo dobro vedel Dostojevski, ki je to svojo obsedenost izjemno pošteno opisal v Kockarju. Hazard, kot odvisnost, je od nekdaj neupravičeno ostajal v senci alkohola in odvisnosti od psihotropnih drog, čeprav vemo, da gre za »zelo veliko napredujočo in kronično motnjo« ter da predstavlja velik družbeni in zdravstveni problem.

Ob obravnavi te problematike se še vedno sklicujemo na obširno in dolgotrajno študijo, ki jo je na velikem vzorcu opravil dr. Howard Schaffer s sodelavci. V študijo je zajel Američane in Kanadčane, skupaj 122.286 anketirancev. Objavljena je bila leta 1997. (1)

Več kot dvajsetletno proučevanje različnih študij problema hazardiranja je pokazalo, da je v populaciji 1,6 odstotka odraslih hazarderjev, 3,88 odstotka mlajših, med odraslimi jih je bilo v terapevtski obravnavi 14,23 odstotka. Ugotovitev, da je vsako leto več mladih hazarderjev, je zaskrbljujoča predvsem zaradi tega, ker gre za motnjo, ki ima slabo napoved izida zdravljenja.

Ugotovljeno je, da naraščanje priložnosti za kockanje pozitivno korelira s porastom števila ljudi, ki se zapletajo v to odvisnost. V okoljih, kjer je veliko igralnic, je pojavnost hazardiranja bistveno višja kot v splošni populaciji. Še veliko študij bo potrebnih za boljše razumevanje povezave problematičnega hazardiranja s širšo socialno problematiko ali vzdušjem.

Preokupiranost s hazardno igro povzroči zameglitev ocene realne situacije do take mere, da postane za takšnega človeka vse drugo nepomembno, celo osnovne življenjske potrebe so odrinjene. Do občutka navideznega zadovoljstva pride le, če naslednjič priigra več. Ta finančna vzpodbuda je kratkega daha in se hitro obrne proti hazarderju v obliki nemira, vzburljivosti že ob sami misli, da bi morda to navado moral opustiti. Tveganje, ki ga prinaša hazard, je zmotni občutek moči. Vendar tako vedenje očitno nekaterim pomaga k begu od občutkov nemoči, izgubljenosti in potrnosti. Zato se ti odvisniki s toliko večjo silo vračajo za igralne mize. Notranji impulzi po igri so tako močni, da se morajo hazarderji zelo angažirati pri izposojanju denarja. Najprej so njihov cilj vse premičnine in domači se tega velikokrat zavedo, ko na stenah v svojem domu ne vidijo priljubljenih slik. Naslednji angažma je bolj poniževalen in poteka zunaj družine, tako da se mora hazarder zaradi vse večjega zadolževanja in laganja skrivati. Postane povsem nesposoben, da bi se upr! impulzom po igri, zabrede v sumljive posle in disocialnost, izgubi službo in prepusti dolgove drugim, tistim, ki so z njim že nekaj časa drseli navzdol po socialni lestevici.

Patološko kockanje oziroma hazardiranje je problem nadzora impulzov, podobno kot pri kleptomaniji, piromaniji ali trihotilomaniji.

Diagnostika pri hazardiranju je v bistvu zelo neproblematična in natančna, napoved izida te motnje pa je slaba.

Vendar tudi tu govorijo o različnih obravnava! za odpravljanje hazardiranja: od svetovanja, skupin medsebojne pomoči, psihiatričnih zdravil. Noben način ne da zadovoljivih rezultatov, tudi zdravila ne. Takih zdravil do sedaj tudi ameriška FDA ni odobrila. Poskusi zdravljenja so tudi s kognitivno-vedenjsko terapijo in kombinacijami določenih tehnik. Rezultati vseh resnejših študij so namreč pokazali, da gre za najbolj odporno motnjo iz širokega kroga motenj odvisnosti. Vsak praktik ve, da je korekcija motenj, izhajajoča iz instinktivnih vzgibov, delo, ki nikoli ne obrodi sadov. Največkrat so uspehi navidezni, bolniki zbežijo v »zdravje« in se preselijo v okolje, ki je dobro pokrito z igralnicami. Nekateri terapevti, ki se ukvarjajo z odpravljanjem hazarderstva, ne govorijo, tako kot pri drugih odvisnostih, da so npr. dosegli točko neodvisnosti. Menijo namreč, da je za hazarderja velik dosežek zmanjšanje pogostosti igranja. To zmanjšanje pa ne pove ničesar o trpljenju takšnega hazarderja in njegovega ožjega okolja.

Zelo problematično je postalo hazardiranje v času invazije igralnih avtomatov v slovenske bifeje. Ob enostavnem dostopu do medmrežja se je začelo osvajanje mladih hazarderjev (starih od 14 do 22 let), od katerih jih ima po nekaterih podatkih celo 8 odstotkov resne hazarderske probleme. Odstotek odraslih, zasvojenih s hazardom na internetu v Ameriki, ocenjujejo na 3 do 4 odstotke. Hazarderski problemi se nanašajo na širok spekter osebnostnih, družinskih, študijskih, delovnih, finančnih in zakonskih težav. Koliko denarja potegnejo ti problemi za seboj, lahko le ugibamo.

Ker so otroci najbolj prožna skupina, saj se pri njih začne hazarderstvo nekeje od 11. do 18. (2) leta, ti pa kasneje razvijejo od 4 do 7 odstotkov resne problematike, vezane na hazarderstvo (3), poglejmo, kako se odvisnost razvija. Oseбно menim, da iščejo otroci najbližje in najhitrejše načine, da pridejo do denarja. Po drugi strani so tu pritiski in izzivi vrstnikov, ki jih tiščijo v igranje socialnega pokra (»mačo« je tisti, ki tvega). Mnogo staršev navadno razmišlja, da denar otroke kvari. Toda pomanjkanje denarja otroke sili, da iščejo slabe poti, kako bi prišli do denarja. (4) Po nekaj lahkih zmagah se jim okrepi občutek samozavesti. Izguba pri igri lahko pomeni popolno razvrednotenje, s hudo notranjo stisko, ki jo lahko odpravi s ponovno tvegano igro.

Ljudje nadaljujejo s hazardiranjem, ker želijo dobiti denar nazaj. Vendar, ker so dejansko že pod pritiskom, nočejo izpustiti še ene dobre priložnosti. O vzrokih se da veliko govoriti, dejstvo pa je, da se hazardiranje v nekem trenutku začne z relativnim zmagovanjem, nato se prevesi v navado, ta pa preide v zasvojenost. Lepo se je vračati na kraj prijetnega vzburljenja in sluzenja brez napora, pa še vzdušje je takšno, da ti da občutek bogastva. Hazarderstvo se začne v družinske odnose, šolo, mladostniške probleme in kasneje v odraslost. Zaskrbljujoče je, da imajo odrasli hazarderji od 17 do 24 odstotkov samomorilnih poizkusov več v primerjavi s tistimi, ki niso odvisni od hazarda. (5)

Depresivnost je pri odraslih vezana na hazardiranje v 76 odstotkih. Pri 15 do 40 odstotkih hazarderjev so našli povezavo z antisocialno osebnostno motnjo. Nekateri raziskave so še pokazale, da so pri njih problemi tudi na kognitivnem področju. Značilno za njih je, da so neučakani, nepotrpežljivi, ne znajo ali ne zmorejo dolgoročnejšega načrtovanja ter reagirajo kot otroci, ki potrebujejo takojšnje zadovoljitev določene potrebe. Že ta konglomerat posebnosti postane še bolj zagoneten ob spoznanju, da je eden osnovnih virov te motnje nesposobnost obvladovanja notranjih vzgibov, čeprav gre za bistré ljudi.

Prav je, da se še enkrat spomnimo, da je velika dostopnost alkoholnih pijač dejavnik razvoja problematične odvisnosti. Podobno je pri hazarderstvu. Spomnimo se zadnje vojne, po kateri je postalo orožje zelo dostopno, posledično pa beležimo več umorov in samomorov s strelnim orožjem kot prej, ko takšne dostopnosti ni bilo.

Še posebej pri mladostnikih se moramo zavedati, da tisti, ki hazardirajo, nihajo od upornišтва do depresije, izgube vsega, kar jim je blizu. Prepričani

postanejo, da imajo le eno možnost. Ta pesimistična »ena možnost« je vezana na nemoč ob spoznanju, da praktične ozdravitve od hazarda ni moč doseči in da so že kar sprevržene ideje postavljanja igralnic s spremljajočo ponudbo psihoterapevtskih storitev. ■

Specializant po novem sistemu

Elizabeta Rajer

Dobiti želeno specializacijo in jo tudi uspešno končati. To so sanje vsakega mladega zdravnika, morda tudi že študenta medicine.

Ko sem jaz pred nekaj leti končala medicino, se je ta cilj zdel zelo oddaljen in težko dosegljiv. Zdravnikov vsaj v ljubljanski regiji takrat ni nihče potreboval. Tako se je po končanem sekundariatu začel boj za službo, ki sem jo končno dobila v zdravstvenem domu. Tam sem dve leti delala kot splošna zdravnica, v tem času pa skušala priti do zelene specializacije. A kaj, ko starega sistema ni bilo več, novega pa še ni bilo. Kljub vsemu pa sem bila s svojo službo zadovoljna in sem v miru čakala, kaj se bo zgodilo. Pa je novi sistem prišel in z njim tudi prvi razpis specializacij. Prijavila sem se in dobila, kar sem želela. Strinjal se je tudi moj takratni delodajalec, s katerim sva se dogovorila, da se po specializaciji vrnem.

Potem pa je prišla prva hladna prha. Odpovedati sem morala svoje dragoceno delovno razmerje za nedoločen čas in se podati v negotovost pogodb o delu za vsaka dva ali tri mesece posebej. Odpadlo je tudi napredovanje na delovno dobo, ki mi ga novi delodajalec ni priznal. Po programu kroženja sem tako vsak mesec skupaj s kolegi »menjala službo«, čeprav smo večino časa krožili po ljubljanskem kliničnem centru.

Nova zaposlitev je seveda imela tudi lepe strani. Pokukali smo lahko na vse oddelke in klinike, spoznali smo skoraj vse ljudi, s katerimi bomo v prihodnje sodelovali. Svobodni smo bili kot ptiči na veji. Ker nihče ni vedel, kje bomo na koncu pristali, se z našim početjem nihče ni pretirano obremenjeval. Nikogar ni zanimalo, ali so kolokviji narejeni. Edini resni interesi za naše čim večje znanje smo bili mi sami. Na mnogih oddelkih je bilo naše glavno delo pisanje papirjev in sedenje pri telefonu (sitnarjenje za preiskave in izvide). Ker nas je bilo veliko hkrati na oddelku, je pogosto zmanjkalo bolnikov, s katerimi bi se lahko ukvarjali. Podobno je bilo s predpisanimi

posegi, ki jih je bilo skoraj nemogoče opraviti. Klinika nas je obravnavala kot »hišne« specializante. Pridno so nas razpisovali v popoldansko delo in dežurno službo. Pri popoldanski službi, ki traja do 23. ure, ni bilo milosti niti za nosečnice niti za kolege, ki se vozijo iz zelo oddaljenih krajev. Marsikdo tako ni prav vedel, ali bi se odpejal domov ali pa prespal kar v kakšnem kotu. Nihče tudi ni hotel ničesar slišati o tem, da nekateri dežuramo tudi v svoji regiji in pri svojih potencialnih bodočih delodajalcih. Zataknilo se je celo pri delovni obutvi. Takrat smo nenadoma postali »zunanjki« specializanti, denarja za nove cokle pa v štirih letih ni bilo.

Zatikalo se je tudi pri denarju za izobraževanje, ki ga v prvem letu ni bilo mogoče dobiti, kasneje pa se je občasno porabil tudi za tečaje, ki so obvezni del specializacije. Poleg tega je ostajal pri trenutnem delodajalcu in ga na naslednjem kroženju nismo mogli več porabiti. Za kongrese in seminarje je tako marsikomu ostalo le malo. Smo si pa lahko poljubno izbirali, kam bomo šli, saj tudi to ni nikogar zanimalo. Da je le delo na oddelku potekalo nemoteno. Podobna je bila zgodba z letnimi dopusti. Ti so del kroženja, na katerem pa ne smeš prav veliko manjkati. Velikokrat, zlasti v poletnih mesecih, smo slišali izjavo, naj dopust koristimo na naslednjem kroženju. Del kroženja je tudi 45-dnevni študijski dopust za izpit, za katerega po programu specializacije zmanjka mesecev.

Vendar pa ne bi bilo prav, da bi novi sistem samo kritizirali, saj dobro dosega svoj namen. Ko končamo, se lahko svobodno zaposlimo v svoji regiji in nikomur nismo dolžni na silo odslužiti let specializacije. Tudi poletno delo v domači ustanovi je ne prekinja.

Tako sem specializacijo kljub vsemu v predvidenem času pripeljala do konca in naredila specialistični izpit. Bilo je vredno truda in občutek na koncu je bil dober. Zahvaljujem se vsem mentorjem, uradnim in neuradnim, ki so bili pripravljeni svoje znanje deliti z mano. ■

Zdravstvo po svetu in pri nas potrebuje reformo

Prispevek ob Svetovnem poročilu o zdravju 2008, na proslavi 60. obletnice Svetovne zdravstvene organizacije v Ljubljani, 15. decembra 2008

Božidar Voljč

Če vrednoto zdravja izpostavimo trgu, smo s tem zadali smrtni udarec tistemu zdravstvu, ki je namenjeno vsem ljudem na svetu. Plačevanje iz žepa za zdravstvene storitve je nepravilno, ustvarja dolgotrajne neenakosti, povečuje zdravstvena tveganja, zmanjšuje učinkovitost sistema in zaupanje javnosti. Stopnja zaupanja družbe pa je spričevalo vsakega zdravstva. Ne zmanjšujmo je! Nenadzorovana komercializacija v zdravstvu nujno vodi v konflikt med zdravstvom in družbo, med zdravstvom in politiko. Uspešno zdravstvo pa potrebuje usklajenost in ne konfliktov.

SZO ob svojem šestdesetletnem jubileju izkazala kritičnost do vseh zdravstvenih sistemov - Vse naloge in aktivnosti Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) so usmerjene k osnovnemu cilju njene Ustanovne listine, po katerem naj bi vsi ljudje dosegali najvišjo možno stopnjo zdravja. Dolžnost Organizacije je, da ukrene vse potrebno, da bi bil ta osnovni cilj dosežen. V 60 letih svojega obstoja je SZO v ne vedno naklonjenih političnih, ekonomskih in socialnih okoliščinah bolj ali manj uspešno izpolnjevala naloge. V svojih aktivnostih načeloma ne izhaja iz kritike, ampak jih ob pozitivnih načelih in vrednotah usmerja tako, kot to v danih razmerah lahko najbolje stori. Zato je precej nenavadno, da je v letošnjem Svetovnem poročilu o zdravju namenila kritično oceno kar vsem zdravstvenim sistemom, ne oziraje se na to, ali so del razvitega sveta ali pa držav, ki jih označujemo kot države v razvoju.

Vse večje razlike med bogatim in revnim delom sveta - SZO sicer poudarja, da se razlike med bogatim in revnim delom sveta v prvih letih novega tisočletja kljub leta 2000 sprejetim razvojnim ciljem Združenih narodov še vedno povečujejo. Poročilo na primer omenja, da je v najrevnejših državah na prebivalca za zdravje namenjenih 20 USD na leto, v najbogatejših pa 6000 USD. To je kar 300-krat več, razlika

v pričakovanem trajanju življenja pa je med obema deloma sveta že 40 let. Vendar pa razvoj zdravstvenih sistemov v revnih in razvitih državah, po oceni SZO, poteka tako, da so ogrožene osnovne vrednote zdravja, da narašča nepravilnost v dostopnosti do zdravstvenih storitev, da se zmanjšuje učinkovitost razporejanja sredstev, da se ne zadovoljujejo pričakovanja ljudi, še posebej ne zdravstvene potrebe socialno ogroženih posameznikov. S pretirano specializacijo se povečuje osredotočenost na posamezne bolezni, na tehnologijo, na specialistično oskrbo in bolnišnično medicino. Velika večina sredstev se porabi za kurativo, preventiva je zanemarjana ali spregledana, čeprav bi z boljšim koriščenjem preventivnih znanj in ukrepov breme bolezni lahko zmanjšali za 70 odstotkov. Države premalo politične in strokovne pozornosti namenjajo tudi velikim izzivom današnjega časa: staranju, globalni epidemiji kroničnih nenalezljivih bolezni (KNNB), klimatskim spremembam, pomanjkanju in migraciji zdravstvenega kadra ter drugim. Zdravstvena politika se pri reševanju problemov ukvarja z enim kratkoročnim ciljem za drugim, njene aktivnosti so brez jasnih usmeritev in premalo povezane.

Zdravje, tržno blago? - SZO opozarja tudi, da je zdravstvena oskrba vse bolj povezana z denarjem. Zdravje postaja tržno blago za ustvarjanje dobičkov, povečujejo se neposredna plačila (out-of-pocket) za storitve, kar na leto po svetu pahne v revščino 100 milijonov ljudi. Zdravi in premožnejši imajo boljši dostop do zdravstvenih storitev, tisti, ki ne zmorejo plačila, so vse bolj izrinjeni. Tržno zdravstvo je praviloma povezano s številnimi, tudi nepotrebni testi in storitvami, daljšimi hospitalizacijami ter višjimi stroški. Ker zdravstveni sistemi sami po sebi ne zagotavljajo izpolnjevanja vrednot in učinkovitega zdravstvenega varstva, je za doseganje enakopravne dostopnosti in organizacijske, finančne ter storitvene stabilnosti potrebna pomoč politike, ki pa tudi sama potrebuje korenite spremembe v mišljenju in pristopu k odpravljanju vseh omenjenih slabosti.

Zdravstvena in socialna varnost, prvini politične stabilnosti - Omenjenim navedbam SZO dodajmo še resnico, da zdravstvena varnost skupaj s socialno varnostjo povsod predstavlja pomembno prvino politične stabilnosti in družbene usklajenosti. Spomnimo se pri tem na leto 1978. Takrat je evropska regija SZO v Alma-Ati organizirala konferenco o primarnem zdravstvu. Na njej so sprejeli dokument, ki je moralni mejnik v zgodovini zdravstva in ki ga vsi poznamo pod naslovom »Zdravje za vse (ZZV)«. V Alma-Ati so ponovno poudarili osnovno načelo SZO, ki izhaja iz njene opredelitve zdravja, po kateri zdravje ni le stanje, ampak tudi pravica, ki naj bi bila zagotovljena vsakemu človeku na svetu. Že takrat se je svetovno zdravstvo spopadalo z neenakostmi, krivicami in sistemskimi slabostmi, za katere pa SZO v letošnjem poročilu meni, da niso bile tako izrazite kot danes.

Pogledi na vlogo primarnega zdravstva - Načela ZZV niso bila povsod ustrezno sprejeta. Marsikje so v njih videli nizko raven zdravstvenega varstva za revne ljudi, ponekod so se jim zdela utopična, poudarjanje vloge primarnega zdravstva pa so sprejemali tudi kot grozljivo obstoječi hierarhiji zdravstvenih nivojev. Tako ZZV še danes ostaja v nemajhnem delu sveta izziv za družbe, politiko in stroko. Po načelih ZZV primarnega zdravstva ne moremo primerjati z bolnišničnim varstvom, ker njunih metod ne moremo uspešno prenašati od enega na drugega. Dejavnost primarnega zdravstva je celostna, bolnišnična pa klinična. Celostni pristop sega do korenin slabega zdravja, preventiva je enako pomembna kot zdravljenje, zato je potrebno tudi sodelovanje z nezdravstvenimi področji, tako tistimi, ki zdravje podpirajo, kot tistimi, ki ga ogrožajo. ZZV je usmerjeno v posameznika v njegovem okolju, v družino in v lokalne skupnosti, v sodelovanju z njimi išče načine za boljše zdravje vseh posameznikov in skupnosti. Izkušnje s področij, kjer imajo dobro organizirano primarno zdravstvo, kažejo, da se lahko v sodelovanju z lokalnim okoljem za zdravje družbe naredi zelo veliko in da je tudi

izkoristek glede na vložek daleč najvišji. Specialisti in bolnišnice naj zato ne delajo tistega, kar lahko naredijo zdravniki in sestre v primarnem zdravstvu in obratno.

Danes poudarjamo univerzalnost zdravstvenega varstva, ki se kaže v njegovi pravični, socialno enakopravni in solidarnostni organiziranosti in prav takem zagotavljanju zdravstvenih storitev vsem in pod enakimi pogoji takrat, ko jih potrebujejo. Že omenjene izzive današnjega časa, med katerimi prednjači hitro naraščajoča pandemija KNNB, je mogoče obvladati le z po načelih ZZV organiziranim primarnim zdravstvom. Globalizacija, ki v marsičem prispeva k nadaljevanju življenja tudi v revnih delih sveta, izravna vrednote do včeraj različnih družb, s tem zmanjšuje eksotičnost razlik med državami, globalizira pa tudi pogoje in oblike zdravega ter nezdravega življenja. Zato moramo danes bolj kot kdajkoli prej poudarjati vrednote, načela in pristope primarnega zdravstva. To je tudi sporočilo letošnjega Svetovnega poročila o zdravju, ki kot pogoje za zdravstvo, kakršnega danes potrebujemo, navaja njegovo univerzalnost, večjo vlogo civilne družbe, drugačne politične pristope in demokratično vodenje zdravstvenih sistemov. Šele v tako organiziranih sistemih bo primarno zdravstvo dobilo vlogo, ki mu pritiče in ki jo nujno potrebujemo.

Reforme v zdravstvu so ciklično pravilo - Ko v letošnjem Svetovnem poročilu o zdravju prebiramo kritične pripombe SZO, se ob vsakem stavku in trditvi vprašamo, v kolikšni meri vse to velja tudi za nas, slovenske zdravstvenike in za slovensko zdravstvo? Jasno je, da nismo otok blaženih, za katere vse našete ugotovitve ne bi veljale, še posebej kar zadeva primarno zdravstvo. In če je spet prišel čas za reforme v našem, pa tudi svetovnem zdravstvu, je treba povedati, da so reforme v zdravstvu ciklično pravilo, pogojene pa so z razvojem družbe, stroke in samih zdravstvenih sistemov.

V Sloveniji smo leta 1992 z novo zakonodajo uvedli pomembno sistemsko spremembo. Na dva načina smo dovolili zasebno izvajanje storitev v do tedaj izključno javnem zdravstvu. Prvič, pod pogoji, ki veljajo za javno zdravstvo, so vanj lahko vključeni tudi zasebniki, drugič, svoje storitve lahko opravljajo tudi povsem ločeno od javnega zdravstva in je njihov finančni in poklicni uspeh odvisen zgolj od njih samih. Od takrat je minilo več kot 15 let. Slovenska družba, zdravstvena stroka in zdravstveni sistem so doživeli velike spremembe, dobre in slabe, ki zahtevajo temeljit razmislek. Kritične pripombe Svetovne zdravstvene organizacije nas prizadevajo v marsičem in zahteva po

reformah je upravičena. Pri nas, ki se nagibamo k negativizmu in kritiziranju, bo letošnje Svetovno poročilo o zdravju že zato, ker omenja pomanjkljivosti, v naših medijih zagotovo bolj citirano, kot je bila Ljubljanska listina o reformah zdravstvenih sistemov, ki je namenjena predvsem pozitivnim vrednotam in načelom. Zato je morda prav, da kot predstavnik slovenskega zdravstva, ki že desetletja aktivno živi z njim, s slovenskimi izkušnjami komentiram nekatere navedbe Svetovnega poročila o zdravju.

SZO primerja leto 1978 z današnjim časom; storimo to še mi! V slovenskem zdravstvu tudi v času socializma nismo bili brez težav, ki pa so bile skoraj pretežno finančne narave, saj so politična načela bratstva in edinstva krepko posegala v slovenski bruto domači produkt. Upoštevaj te takratne dosežke slovenskega zdravstva, pa vseeno lahko rečemo, da je nadvse častno izpolnjevalo svoje naloge. Zdravstvena varnost, enakost in dostopnost so bile tudi pri nas takrat višje kot danes. S sredstvi, ki so bila neprimerljivo manjša, smo za tiste čase dosegali rezultate, ki bi jih lahko ocenili za boljše od današnjih. In pomembno je še povedati, da sta bili organiziranost primarnega zdravstva in vloga takratnega Zavoda za zdravstveno varstvo močnejši od današnjih, čeprav se je zdravstvena politika že bolj ukvarjala z bolnišnično medicino. Še iz tistih časov smo Slovenci vajeni zdravstvene in socialne varnosti, zato smo družba z veliko socialno občutljivostjo, v kateri je vsako zmanjševanje ustaljenih pravic tvegana politična igra. Vajeni varnosti in pravic koristimo zdravstvene storitve bolj, kot jih v povprečju koristijo drugi narodi, marsikdaj brez prave potrebe in premalo premišljeno. Vendar pa je treba povedati, da tudi zdravstvo veliko pregledov ustvarja z naročanjem na kontrole, ki bi jih bilo prav tako lahko manj. Vsi radi kritiziramo gnečo v čakalnicah, a če jo hočemo odpraviti, je treba pogledati nanjo z vseh potrebnih zornih kotov.

Naša zdravstvena politika - Nekaj besed je treba nameniti tudi slovenski zdravstveni politiki, pretekli in sedanji. Politika zdravstveni sistem razume kot velik mehanizem, ki je tu zato, da izpolnjuje zdravstvene potrebe in zahteve družbe. Kaj družba od zdravstva potrebuje, pa vedno znova določa politika sama, pri čemer nima vedno najbolj srečne roke. Takega gledanja smo se nalezli tudi mi, ki sistema prav tako ne sprejemamo kot vsote posameznikov, ki živijo od tistega, kar imajo in kar znajo, to je od znanja in storitev. Vsak od njih je kamenček v mozaiku, s svojo usodo, svojimi željami, izkušnjami in sposobnostmi. Rekel bi, da se od vseh njih vedno predvsem zahteva, manj pa se jih poslušaj, še

manj sprašuje. Na ta način ostaja neizgovorjen marsikateri odgovor, ki bi mu veljalo prislulniti. Pa tudi družbe, ljudi, se kaj dosti ne sprašuje. Reforme in zakoni se pripravljajo v ozkih, trenutni politiki dopadljivih krogih, v javnih razpravah, ki sledijo, se bolj branjajo predlagane rešitve, mnenja javnosti pa se premalo upoštevajo. Čeprav Ljubljanska listina posebej poudarja, da je reforme v zdravstvu potrebno oblikovati po predhodno pridobljenih stališčih javnosti, naši reformatorji in zakonodajalci tega v običajnih časovnih stiskah ne upoštevajo. Dokler pa ne bo enakopravnega dialoga med zdravstvenim sistemom, civilno družbo in politiko, politika ne more pričakovati, da bo zlahka dosegala v svojih krogih postavljene cilje. Nezadovoljni volilci potem unovčijo svoja zadovoljstva in razočaranja. Po vsakih volitvah vidimo druge politične ljudi, tudi v zdravstvu. Strokovnost še nikoli in nikjer ni prevladala nad politiko, tudi v Sloveniji ne. Nikoli ne bo drugače.

»Noben zdravstveni sistem sam po sebi ne zagotavlja izpolnjevanja vrednot in učinkovitega opravljanja storitev« - Ob velikih razpravah o finančni krizi še nekaj o stabilnosti sistema. Morda je že omenjena dediščina socialističnih časov kriva, da stabilnost zdravstvenega sistema pri nas povezujemo predvsem z njegovo finančno stabilnostjo. Zagotovo je pomembna, najbrž celo najbolj, vendar pa ni edina prvina stabilnosti, po svoji naravi pa je od sistema celo malo odmaknjena in po naših izkušnjah najbrž tudi ne najbolj usodna. Za sistem in njegovo usklajeno delovanje je bolj pomembna kadrovska stabilnost, ki omogoča ustrezno organiziranost in načrtovanje dela, preprečuje izgorelost in ob sočasnem zagotavljanju strokovne stabilnosti oblikuje pravi obraz sistema. Duša sistema pa predstavljajo vrednote, ki jih v sebi nosijo zdravstveniki in so povezane z etično stabilnostjo njihovega dela, poklica in vsega zdravstva. Prav tu pa prežijo največje nevarnosti, ki so se v zadnjih letih pričele nakazovati tudi pri nas in potrjujejo tisto trditev SZO v letošnjem poročilu, ki pravi, da noben zdravstveni sistem sam po sebi ne zagotavlja izpolnjevanja vrednot in učinkovitega opravljanja storitev. Slovensko zdravstvo se je v zadnjem desetletju in pol hitro razvijalo in spreminjalo. Hiter razvoj pa je povezan z večjimi tveganji, še posebej če ni ustrezno nadzorovan. Zato moramo ves čas spominjati na vrednote, na katerih sloni zdravstvo, tudi zato, ker so vrednote vedno povezane z omejitvami. Nobeno zdravstvo si ne more privoščiti, da bi bilo vse dovoljeno. Zdravstvo, ki pri svojem razvoju pozablja na vrednote, ne more računati na usklajeno sožitje z družbo.

Vrednote in načela, ki izhajajo iz opredelitve zdravja Svetovne zdravstvene organizacije in njene Ustanovne listine, iz deklaracije ZZV, Ljubljanske in najnovejše Tallinske listine, so rdeča nit letošnjega Svetovnega poročila o zdravju.

Če vrednoto zdravja izpostavimo trgu, smo s tem zadali smrtni udarec tistemu zdravstvu, ki je namenjeno vsem ljudem na svetu. Plačevanje iz žepa za zdravstvene storitve je nepravično,

ustvarja dolgotrajne neenakosti, povečuje zdravstvena tveganja, zmanjšuje učinkovitost sistema in zaupanje javnosti. Stopnja zaupanja družbe pa je spričevalo vsakega zdravstva. Ne zmanjšujmo je! Nenadzorovana komercializacija v zdravstvu nujno vodi v konflikt med zdravstvom in družbo, med zdravstvom in politikom. Uspešno zdravstvo pa potrebuje usklajenost in ne konfliktov.

Vse to so stvari, katerih naša politika pri predvideni reformi zdravstva ne bi smela spregledati. Še preden pa se bo reform sploh lotila, naj bi svoje povedali še zaposleni v zdravstvu in predstavniki civilne družbe. Vsi pa si ob reformah in spremembah prizadevamo ohraniti socialno in strokovno tradicijo slovenskega zdravstva, na katero smo lahko ponosni! ■

Problemi Evrope

Zdravljenje neplodnosti in demografska prihodnost Evrope

Dokument Evropskega parlamenta

Veljko Vlaisavljević

Zaradi neplodnosti naj bi v Evropi trpelo 15 odstotkov parov. Zaradi tega v dokumentu pozivajo države članice EU, da zagotovijo pravico do zdravljenja in omogočijo dobro dostopnost do vseh metod zdravljenja, ne glede na zakonski status para. - V Evropi je edini trajni porast rojstev v preteklem desetletju le število rojenih otrok, ki so spočeti z metodami oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Več kot tri milijone otrok je rojenih s pomočjo OBMP, danes so med njimi nekateri, ki so že sami starši. Od teh jih je več kot 60 odstotkov rojenih v Evropi.

Demografske značilnosti so v večini evropskih držav zelo podobne. V času, ko se število prebivalcev globalno povečuje, je v veliki večini evropskih držav prisoten negativni demografski trend. Zanimivo je, da temu negativnemu trendu sledi tudi število postopkov umetne prekinitve nosečnosti. Izredno negativni demografski kazalci v zadnjih dveh desetletjih so še posebej značilni za nekatere »bivše« vzhodnoevropske države. Takšne negativne tokove demografskih značilnosti poskušajo nekatere države Evropske unije (EU) reševati tudi z aktivno

migracijsko politiko. V Evropi je edini trajni porast rojstev v preteklem desetletju le število rojenih otrok, ki so spočeti z metodami oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Več kot tri milijone otrok je rojenih s pomočjo OBMP, danes so med njimi nekateri, ki so že sami starši. Od teh jih je več kot 60 odstotkov rojenih v Evropi. Zato v razvitih državah Evropske unije pomeni delež tako spočetih otrok med vsemi otroki, ki so rojeni v državi, tudi pomemben demografski premik v številu novorojenih, še posebej na Danskem, kjer je bil po zadnjem poročilu evropskega registra postopkov OBMP (IUM) delež tako spočetih otrok 4,2 odstotka. V istem letu (leta 2004) je bilo v Sloveniji tako spočetih 3,4 odstotka otrok.

[/www.eshre.com/ESHRE/English/Data-collection-Consortia/European-IVF-Monitoring-EIM-/page.aspx/281](http://www.eshre.com/ESHRE/English/Data-collection-Consortia/European-IVF-Monitoring-EIM-/page.aspx/281).

Čeprav ni velikih demografskih študij, je videti, da problem neplodnosti pridobiva pomen tudi v mnogih nacionalnih zdravstvenih politikah. V naslednjem obdobju je realno pričakovati večje število neplodnih. Temu ne pripomore le pogostejši pojav vzrokov za neplodnost, kot so spolno prenosljive bolezni ali prekomerna telesna teža pri ženskah, ampak imajo velik vpliv tudi negativni vplivi okolja na plodnost, še posebej pri moškem.

Čeprav je vtis, da je prispevek metod OBMP na plodnost minimalen, je vendarle primerljiv z drugimi ukrepi populacijske politike. To je razlog, da se metode OBMP ne zanemarjajo in ne izključujejo iz paketa ukrepov za reševanje tega problema. Zaradi tega so nacionalne zdravstvene politike postavljene pred dejstvo, kako povečati dostopnost do vseh oblik ugotavljanja in zdravljenja neplodnosti ter na kakšen način omogočiti zaščito pravic teh pacientov z zdravstveno zakonodajo. Analize trendov v demografskih spremembah so, zaradi velike dostopnosti OBMP na Danskem in nekaterih drugih državah Evropske unije, jasno pokazale, da obstaja vpliv OBMP na število rojstev, ki v svoji končnici spreminja strukturo prebivalstva. Na žalost lahko takšnemu trendu, kot ga opazujemo npr. na Danskem v zvezi z številom novorojenih otrok, spočetih z OBMP, sledijo samo bogate in dobro organizirane družbe. Pomembno je izpostaviti, da imajo države, ki so visoko uvrščene na lestvici uspešnosti OBMP v evropskem registru za metode OBMP, tudi dobro organizirane centre za OBMP, ki sledijo predpisanim minimalnim standardom za klinični in laboratorijski del OBMP, ter dobro definirane in nadzorovane mehanizme kontrole kakovosti in varnosti dela s celicami in zarodki v postopku OBMP. To področje je v Evropi urejeno z posebno zakonodajo (EU Tissue Directives), ki ji je junija 2008 sledila

tudi slovenska zakonodaja (Uradni list RS, št. 70/2008). Ekonomski izračun pokaže, da se en evro, vložen v postopke OBMP, kasneje družbi povrne s šestdesetimi evri.

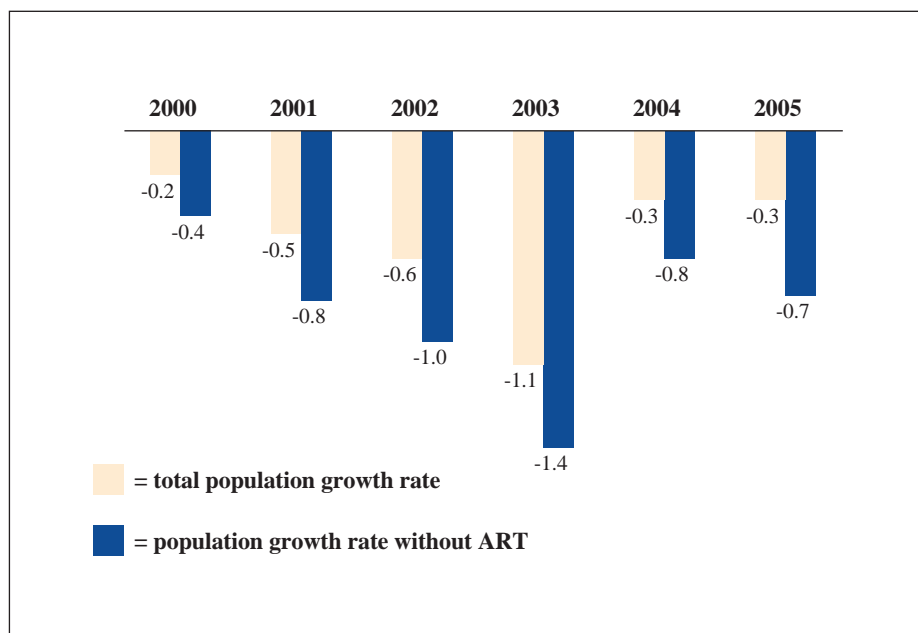
V poročilih, ki jih je v preteklih petih letih objavil Evropski register za IVF (EIM), je Slovenija zasedala eno od petih mest po dostopnosti in uspešnosti (deležu otrok, spočetih po OBMP med vsemi rojenimi) v družbi štirih skandinavskih držav. Leta 2008 so objavili novico, da bo v naslednjem poročilu evropskega registra (za leto 2005), ki bo natisnjeno čez nekaj tednov, Slovenija postala evropska država, v kateri se rodi največji delež otrok, spočetih z OBMP, med vsemi rojenimi in bo letos na prvem mestu zamenjala Dansko. To negativnih demografskih trendov sicer ne more obrniti v pozitivno smer, vendar jih pomembno (za več kot polovico) zmanjša.

vse države članice, da zagotovijo pravico do zdravljenja in omogočijo dobro dostopnost do vseh metod zdravljenja, ne glede na zakonski status para. To je bil razlog, da se je odzvalo Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (European Society of Human Reproduction and Embriology – ESHRE), ki je junija 2008 izdelalo dokument (ESHRE position paper) Good Clinical Treatment in Assisted Reproduction, ki odraža stališča te največje evropske strokovne organizacije na področju reproduktivne medicine o problemu OBMP in minimalnih standardih zdravljenja neplodnosti, ki bi jim bilo treba slediti v evropskih državah. Isti dokument so objavili v septembrski številki *The Parliament Magazine* in tako z njim seznanili vse člane Evropskega parlamenta. Strokovni javnosti je na spletni strani ESHRE dostopna tudi elektronska oblika dokumenta.

urejen dostop do postopkov OBMP, je med petimi državami v Evropi, ki sledijo najmodernejšim smernicam o preprečevanju večplodne nosečnosti in so sprejele in regulirale prenos le enega zarodka v prvih dveh poskusih OBMP. Smo edina država v Evropi, ki omogoča postopek OBMP na račun zdravstvenega zavarovanja tudi takrat, ko je par že uspešno opravil postopek OBMP, ki se je končal s porodom. Iz dokumenta o minimalnih standardih za postopke OBMP je razvidno, da je večina predlaganih postopkov in razlogov za zdravljenje pri nas v Sloveniji že upoštevana. Edino, kar bi še lahko izboljšali, je upoštevanje minimalnih standardov glede nadzora nad postopki OBMP (neodvisen nadzor kakovosti in števila postopkov). Predlog minimalnih standardov predvideva, da bi morali biti podatki javno dostopni, ne samo na državni ravni (neodvisni nacionalni register), ampak tudi na ravni posameznih izvajalcev (klinik). Biti morajo na voljo pacientom pri izbiri mesta zdravljenja.

Tudi pri OBMP je, tako kot vedno, kadar gre za problematiko, vezano za reproduktivno medicino, želja po otroku najmočnejše človeško čustvo. Zato ni neobičajno, da pacienti pogosto iščejo pomoč tudi v tujini. Po pomoč v tujino gredo običajno tisti slovenski pari, ki zaradi dolgih čakalnih dob za programe OBMP z darovanimi celicami poiščejo enostavnejšo rešitev v kateri od bližnjih držav, najpogosteje Češki. Tudi v našo državo prihaja veliko parov iz tujine. V novembru 2008 je bila končana pilotska raziskava, na pobudo ESHRE, s katero so želeli ugotoviti številčnost in razloge za iskanje pomoči pri zdravljenju neplodnosti v tujini v različnih državah EU. V to pilotsko raziskavo so bili vključeni tudi vsi trije slovenski centri (*Cross border reproductive care study*). Preliminarni podatki kažejo, da eno petino vseh postopkov OBMP v Sloveniji opravimo pri tujcih. Najpogostejši razlog pri tujcih, zakaj poiščejo pomoč v Sloveniji, je v več kot 98 odstotkih odgovorov pričakovana boljša kakovost storitve. Največ tujcev se oglasi v centru v Mariboru.

Zdi se, da je reproduktivna medicina eno najbolj prepoznavnih področij slovenskega zdravstva v tujini. Uspešen program oziroma rojeni otroci, spočeti v Sloveniji, in njihovi starši pa so najboljši ambasadorji naše države. Tudi strokovna raven reproduktivne medicine je razlog, da bo prav v Sloveniji ESHRE prvič organizirala strokovni sestanek z naslovom »*Pacientom prijazen postopek OBMP: od naravnega ciklusa in minimalne stimulacije do prenosa enega zarodka*«. Sestanek bo v Mariboru 27. in 28. februarja letos. Vabljeni!



Slika 1: Vpliv OBMP na demografske kazalce v Sloveniji (Iz: Vlasisavljević V. Slovenia extends its state support of IVF. Focus on Reproduction, May 2008, str. 11).

V februarju 2008 je Evropski parlament sprejel dokument »Demographic future of Europe«, v katerem je kazal na problem neplodnosti in potrebo po večji dostopnosti vseh oblik zdravljenja neplodnosti, vključno z OBMP.

(<http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2008-0066&language=EN&ring=A6-2008-0024>)

Za nas ginekologe sta pomembni predvsem dve točki tega dokumenta: točka 25 in 26, v katerih se navaja tudi visoka pogostost neplodnosti v Evropi, zaradi katere naj bi trpelo 15 odstotkov parov. Zaradi tega v dokumentu pozivajo

<http://www.eshre.com/ESHRE/English/Legal-Matters-and-Guidelines/Guidelines/Good-clinical-treatment-position-paper/page.aspx/255>

Tudi sam sem imel čast, da sem bil kot član upravnega odbora ESHRE povabljen v maloštevilno skupino, ki so jo zadolžili za nastanek tega dokumenta. Razlog za to je tudi velik ugled, ki ga slovenska reproduktivna medicina uživa v evropskem prostoru. Ob tem ni treba posebej poudariti dolge tradicije metod OBMP v Sloveniji. V evropskem prostoru je Slovenija ves čas med tistimi državami, ki imajo zelo dobro

Svet Evropske organizacije za zavarovalniško medicino

Andreja Knol, Eva Kosta

V Parizu je 10. in 11. oktobra lani potekal drugi redni letni sestanek Sveta evropske organizacije zavarovalniške medicine EUMASS (European Union of Medicine in Assurance and Social Security). V skladu s statutom organizacije se Svet sestaja trikrat na leto. Srečanj se udeležujejo predstavniki organizacij članic, to so nacionalne ustanove oziroma strokovna združenja zdravnikov s področja zavarovalniške medicine iz držav Evropske unije. Vsako državo v Svetu zastopata po dva predstavnika, iz Slovenije sva bili na sestanku v Parizu Andreja Knol, dr. med., za ZZS in mag. Eva Kosta, dr. med. za ZPIZS.

Omenjeni organizaciji sodelujeta v EUMASS-u že vrsto let. Naše članstvo je bilo »formalizirano« v letu 2001, ko so na tudi na sestanku Sveta v Oslu junija, kjer so Andreja Knol, dr. med., Diana Blažič, dr. med. in Marjan Rus, dr. med., predstavili ZZS in ZPIZS v sistemu socialnega zavarovanja Slovenije in vlogo zdravnikov, ki v obeh ustanovah sodelujejo v zdravniških komisijah, sedaj kot imenovani zdravniki, oziroma kot izvedenci invalidskih komisij. Organizacija EUMASS, kjer slovenski zdravniki v zadnjih letih tudi aktivno sodelujemo – naš prispevek na kongresu v Pragi junija 2008 je bil v Izidi že predstavljen, je bila zasnovana leta 1972, uradno pa ustanovljena oktobra 1973 v Münchnu s predstavniki iz Belgije, Francije, Nemčije, Italije, Luxemburga in Nizozemske. Leta 1992 se je pridružila Velika Britanija, 1996 Irska, Švedska in Norveška (kot prva »neevropska« članica!), leta 1999 Madžarska in Češka, leta 2000 Finska, sledili sta še Slovaška in Slovenija, v Parizu pa smo obravnavali tudi romunsko vlogo za članstvo.

Cilji EUMASS-a so usklajevanje informacij o zavarovalnih sistemih preko študij in primerjav med posameznimi državami,

izboljševanje strokovnih medicinskih standardov na področju ocenjevana delovne zmožnosti za potrebe socialnega zavarovanja z upoštevanjem medicinskih kriterijev tudi v tistih državah, kjer imajo zdravniki vlogo pri nadzoru nad stroški zdravstvenega zavarovanja. V sedanjem obdobju multinacionalnih korporacij in migracije delovne sile med evropskimi državami na eni strani ter porasta zasebnega sektorja v zdravstvenem zavarovanju na drugi strani so primerjalne študije med zdravstvenimi storitvami in programi zavarovanja v posameznih državah Evropske unije še toliko bolj potrebne, pri njih pa je pomembno sodelovanje zdravnikov z aktivnimi izkušnjami s področja zavarovalniške medicine. EUMASS povezuje zdravnike evropskih, pa tudi drugih držav, ki delajo na tem področju, in to v javnem in zasebnem sektorju, saj ocenjevanje delovne zmožnosti predstavlja v bistvu povsod enak strokovni izziv. Kontakti se vzpostavljajo preko članov Sveta in preko srečanj na kongresih, ki so organizirani vsaki dve leti. Na kongresih je poudarek na strokovni ravni prispevkov s področja zavarovalniške medicine, ki pridobiva na akademskem statusu in ima v Leuvenu v Belgiji tudi že katedro na tamkajšnji univerzi.

Tudi sestanki Sveta imajo poleg organizacijskega še strokovni del. Na sestanku v Parizu, ki ga je organizirala nekdanja predsednica EUMASS-a dr. Martine Gouello, predstavnica francoskega sklada za zdravstveno zavarovanje za zaposlene delavce (CNAMTS), nas je tako uvodoma nagovoril Frédéric van Roekeghem, generalni direktor francoske krovne državne ustanove za zdravstveno zavarovanje (UNCAM), obenem tudi direktor CNAMTS, ki je vodilna francoska zdravstveno zavarovalna ustanova z mrežo preko 200 solidarnostno organiziranih podenot v sistemu javnega splošnega zdravstvenega zavarovanja. Vključuje okrog 50 milijonov zavarovancev ali 85 odstotkov francoskega prebivalstva.

Od tu se določajo smernice, načela in cilji strategij zdravstvenega zavarovanja. Seveda odloča tudi o razporejanju precejšnje vsote finančnih sredstev – stroški zdravstvenega zavarovanja v letu 2005 so znašali preko 135 bilijonov EUR! Kot pomembno novost je direktor omenil »medikalizacijo« odločitev v sistemu zavarovanja, kjer ima z organizacijsko reformo v letu 2005 okrepljeno vlogo prav svetovalna medicinska služba. Sistem je nasploh podvržen stalnim spremembam zaradi sproti ugotovljenih potreb po izboljšavah. Eden od načinov za ugotavljanje teh potreb so srečanja v okviru organizacij, kot je EUMASS, kjer si lahko izmenjujemo izkušnje in se učimo eden od drugega. Vsak državni sistem ima svoje dobre in slabše strani. V Franciji imajo tako dobro dostopnost do zdravil, na drugi strani pa bi lahko zmanjšali stroške bolnišnične nege.

Francoski kolega dr. Carzon je predstavil medicinsko svetovalno (izvedensko) službo v sistemu francoskega sistema zdravstvenega zavarovanja, ki je sedaj organizirana kot eden od direktoratskih CNAMTS in je nekakšen ekvivalent naše izvedenske službe in imenovanih zdravnikov ZZS. (V več evropskih državah sta področji zdravstvenega in invalidskega oz. pokojninskega zavarovanja v sklopu javnega socialnega zavarovanja združeni.) V 20 regionalnih (pod) direktoratih in 127 lokalnih uradih sodeluje skupaj blizu 2600 zdravstvenih strokovnjakov za področje socialnega zavarovanja, od tega 2135 zdravnikov, ostalo pa so zobozdravniki in farmacevti. Med nalogami službe so dober pregled nad zavarovanci in njihovimi pričakovanji ter prepoznavanje rizičnosti, vzpodbujanje zdravstveno pozitivnega vedenja, obvladovanje rizičnosti, začenši s preventivo in zdravstveno vzgojo, omogočanje ažurnih in strokovno utemeljenih nadomestil, obenem pa zmanjševanje stroškov, vse to preko ustreznih predlogov državni inštituciji. Profesionalni svetovalci opravljajo pregled in nadzor nad zdravstvenimi sto-

ritvami, ukvarjajo se z organizacijo sistema zdravstvenega varstva in izobraževanja na področju zdravstva, so pa tudi vez med zavarovalno ustanovo in zavarovanci v zvezi z njihovimi pravicami in, na drugi strani, z zdravstvenimi delavci. Izvajajo strokovni, finančni in pravni nadzor. Namen je skrb za kakovost dela v zdravstvu in spoštovanje pravil v zvezi s povračili stroškov. Služba za medicinski nadzor in služba za finančni nadzor skupaj sodelujeta pri izvajanju globalno začrtane strategije. Tako so uspeli npr. v letu 2007 privarčevati 367 milijonov EUR na področju zunajbolnišničnega varstva, 103 milijone EUR pri generičnih zdravilih in 137 milijonov EUR na področju bolnišnične nege. Ob tem v zadnjih 20 letih ostaja vključenih v nacionalno shemo zavarovanja 77 odstotkov prebivalcev.

Izvajanje strategije zmanjševanja stroškov je ponazoril z dvema praktičnima primeroma: znižanje nadomestila za bolniške odsotnosti z dela in za (nepotrebno) predpisovanje antibiotikov. Slednji projekt je natančneje predstavil dr. Demerens:

Ko so se francoski zdravniki »znašli« za drugem mestu v Evropi po porabi antibiotikov, so se odločili za akcijo za znižanje oziroma za ustrežnejše predpisovanje anti-

biotikov. Po skupaj 30.000 telefonskih klicih (splošnim) zdravnikom so izbranemu številu razposlali pisno obvestilo z vabili na okroglo mizo, kjer so jim predstavili in brezplačno razdelili hitre diagnostične teste za akutno vnetje žrela. Zdravniki so dobili tudi ponovno pisno gradivo o najnovejših pristopih k zdravljenju vnetij zgornjih dihal, ki jih najpogosteje povzročajo virusi in ne potrebujejo antibiotičnega zdravljenja. S projektom, ki je trajal od leta 2002 do leta 2006, so poleg znatnega znižanja stroškov pri porabi antibiotikov dosegli tudi upad odpornosti na antibiotike od 36 na 30 odstotkov. Največji je bil uspeh akcije pri populaciji mlajši od 5 let, kar je pričakovano. Poraba antibiotikov je padla v tem obdobju za 23,4 odstotka, prihranili so 27 milijonov EUR.

Naslednji dan srečanja je bil posvečen organizacijski tematiki. Glede na prej razposlan vprašalnik je bil sprejet dogovor o terminih letnih srečanj Sveta, to je vsakoletni februarški sestanek v Leuvenu, sestanek junija v Dresdnu v Nemčiji, ki je država gostiteljica naslednjega kongresa EUMASS-a junija 2010, septembra pa je predvideno srečanje Sveta na Madžarskem. Kot navadno, je bila tudi tokrat precej razgreta debata o uradnem jeziku. Že iz »zgodovinskih« razlogov je bila

prvi uradni jezik EUMASS-a francoščina, vse bolj pa prevladuje sporazumevanje v angleščini, seveda s stalno možnostjo prevajanja v francoščino, kjer so, tako kot že doslej, pripravljene priskočiti na pomoč člani Sveta, ki obvladajo oba jezika. Predvsem iz finančnih razlogov se na kongresih simultano med obema jezikoma prevajajo le plenarna predavanja.

Izvolili smo nov izvršilni odbor, ki mu bo naslednji dve leti predsedovala – kot je v navadi – organizatorica zadnjega kongresa EUMASS-a v Pragi junija 2008, dr. Liljana Bojicova. Strinjali smo se, da je dr. Bojicova to nalogo dobro opravila, tako kot je svojo tudi dosednji predsednik EUMASS-a dr. Freddy Falez in seveda naša gostiteljica dr. Martine Guello, ki je srečanje popestrila z organiziranim vodenim ogledom muzeja Orsay.

Slovenski kongres aprila letos - Sestanek sva izkoristili za nekaj »reklame« za naš kongres v aprilu 2009, za katerega vlada kar precej zanimanja, vendar pa so tako kolegi, ki so za kongres vedeli že iz objave na spletu, kot tisti, ki jim je bila informacija nova, v duhu vseprisotne finančne krize največ povpraševali po višini kotizacije. ■

Spoštovani bralci Izide

Kot smo napovedali v obvestilu, objavljenem v nekaj zadnjih številkih naše strokovske revije, bomo z novim letom v Izidi objavljali le še koledar strokovnih srečanj za prihodnje tri mesece, medtem ko smo celotni koledar in programe strokovnih srečanj premestili na spletno stran Zbornice (www.zdravniskazbornica.si, zavihek Zdravniki in Zobozdravniki > Strokovna srečanja). Koledar in program na spletu sta dobila novo, bolj priročno obliko, ki omogoča, da s klikom na besedo »PROGRAM« pod naslovom strokovnega srečanja v koledarju odprete pripadajoči program. Vabljeni torej na spletno stran Zdravniške zbornice Slovenije.

Uredništvo

Prispevek k razpravi o krivdi in odškodninah v luči koristi in škodljivosti zdravstvenih ukrepov

Janko Kersnik

Pri različnih pritožbenih organih, na sodiščih in v medijih potekajo postopki, s katerimi bi pritožniki radi med drugim dosegli poplačilo nastale škode, prestanega strahu in bolečin zaradi posledic zdravstvene oskrbe, ki so je bili deležni v času obravnave zaradi določenih zdravstvenih težav, ki so jih imeli ob stiku z zdravstveno službo. Za nameček pa še potne stroške za obiske svojcev v bolnišnici in neizogibne odvetniške stroške. Zaradi neugodnega izida oskrbe pričakujejo povračilo za nastalo škodo, pri tem pa ne opazijo, da so ujetniki kontinentalnega evropskega pravnega sistema, ki pozna zgolj dva pola. Na eni strani krivdno odgovornost zaradi povzročene škode iz malomarnosti pri izvedbi ukrepov ali opustitve ukrepov, in iz tega izvedeno odškodninsko odgovornost, na drugi strani pa oprostitev odgovornosti in s tem zavrnitev odškodnine ter s tem razočarane in razjarjene tožnike. Vmes pa je sivo področje zaradi zdravstvenih ukrepov povzročene škode, ki so jo utrpeli bolniki zaradi korektno izvedenih ukrepov, ki pa so kljub upoštevanju vseh spoznanj medicinske stroke povzročili nezaželene posledice. Zavarovanje za odgovornost krije le odškodnine s krivdno odgovornostjo, za škodo, povzročeno z zdravstvenimi ukrepi, pa trenutno nimamo ustrezne pravne in zavarovalniške ureditve. Gre za zavarovanje za tiste neugodne izide, ki jih pričakujemo v določenem majhnem odstotku pri povsem običajno izvedenih postopkih oskrbe, kot npr. vnetje pooperativne rane po katerem koli operativnem posegu. Občila in laična javnost stojijo na enem bregu, zdravniki in za njimi spretno skriti zdravstveni zavodi pa na drugem bregu globoke reke, polne žolča in malo razuma. S tem v zvezi na kratko povzemam nekaj izhodišč iz svoje knjige o kakovosti za razmišljanje o nadaljnjih nujnih korakih na tem področju.

Koristi in škodljivosti zdravstvene oskrbe

Zdravstvena oskrba opredeljuje posamezne dejavnosti, povezane s preprečevanjem, odkrivanjem, zdravljenjem in spremljanjem posameznih bolnikov ali skupin bolnikov z namenom, doseči čim večjo korist zanje in za družbo. To je skupek številnih ukrepov, posegov, postopkov in odnosov, v katere vstopata uporabnik (bolnik) in izvajalec (zdravnik in drugi zaposleni v zdravstvu), da bi zdravstvene težave bolnika pripeljala k najboljšemu možnemu izidu. Največjemu delu teh odnosov seveda lahko rečemo zdravljenje, kar pa je zagotovo preozek izraz za vse nianse interakcij.

Zdravstveni postopek je učinkovit, kadar pričakovane koristi presega pričakovane škodljivosti. Koristi in škodljivosti zdravstvene oskrbe se kažejo na treh področjih: na zdravstvenem, gospodarskem in družbenem. Korist zdravstvene oskrbe je tisti del izida, ki presega lasten izid, tj. »dodana vrednost« v primerjavi s stanjem, ko bolnika in njegovo stanje pustimo lastnemu toku. Preživetje človeške vrste je zgodovinski dokaz, da je večina zdravstvenih tveganj samoomejenih in se same po sebi razpletejo z delnim ali popolnim okrevanjem, medtem ko se le nekatere končajo tudi s smrtjo. K podalšanju življenjske dobe in k

boljšemu zdravju so sodobne države prispevale z univerzalno organizacijo družbe, ki zagotavlja varno, zdravo okolje, bivanje, hrano, zrak, vodo in optimalne delovne pogoje, ter z dobro organizacijo sistema zdravstvenega varstva, ki temelji na dostopnosti in kakovosti zdravstvenih ukrepov. Potrditev najdemo z geografskimi dokazi oz. primerjavo med uspešnimi in neuspešnimi državami, kjer ni merilo dohodek na prebivalca ali entuziazem samoodločitve narodov, ampak potentnost politike države, čemu daje prednost.

Učinkovitost zdravstvene oskrbe

Zavedati se moramo, da v zdravstveni dejavnosti praviloma izvajamo tiste postopke, ki so bili znanstveno ali z dolgoletno prakso dokazani, da bolnikom v povprečju prinašajo zdravstveno korist. Kljub temu bi v »košarici« zagotovljenega zdravstvenega zavarovanja našli številne »pravice«, ki so povsem brezplodne. Zadnje čase se kot pomembni merili uveljavljata tudi gospodarska in družbena koristnost zdravstvenih ukrepov. Na podlagi tega so se na eni strani razmahnili preventivni programi, ki naj bi zmanjšali družbeno breme določenih bolezni, na drugi strani pa so določeni ukrepi, npr. predpisovanje določenih zdravil, administrativno omejeni, da bi zagotovili vzdržnost sistema zdravstvenega varstva.

Zdravstveni ukrep je učinkovit, kadar pričakovane definirane koristi skupine med seboj podobnih bolnikov presega pričakovane škodljivosti. Izvajanje oskrbe, kjer škodljivosti presega zdravstvene koristi bolnika, praviloma ni utemeljeno. Za potrjevanje določenih (novih) zdravstvenih postopkov so zato razvili različne oblike potrjevanja (akreditacije) postopkov in izvajalcev, kar javnosti omogoča preglednost nad zdravstveno dejavnostjo in zaupanje v izvajalce le-te. To naj bi bila tudi konkurenčna prednost »uradne« medicine v primerjavi s ponudniki zdravilskih metod, ki se praviloma težje ali pa niti ne morejo akreditirati. *Npr.: Presaditev organov živega dajalca je postopek, v izidu katerega škodljivost močno presega korist dajalca. Med koristmi dajalca lahko omenimo le zadovoljstvo, da je s svojo humanostjo zmanjšal trpljenje drugemu, kadar ne gre za »trgovino« z organi. Na srečo pa tudi škodljivosti takega postopka darovalcu ne povzročajo take škode, da bi bilo njegovo zdravstveno stanje neposredno ogroženo. Po drugi strani pa naj bi bile koristi prejemnika presajenega organa večje od škodljivosti, ki jih povzročajo postopki vzdrževanja določenega organa v njegovem telesu.*

Učinkovitost oskrbe se dokazuje z raziskovanjem, ki se preliva v strokovno literaturo. Spremljanje strokovne literature je zato ključ, ki

vodi k uporabi učinkovitih postopkov oskrbe. Z različnimi načini izboljševanja kakovosti preverjamo pričakovano raven kakovosti in spodbujamo izvajalce k doslednejši uporabi izsledkov pri njihovem vsakdanjem delu. Pojem učinkovitosti se nanaša na ugotovitve, ki smo jih pridobili pri določeni skupini bolnikov z določenimi zdravstvenimi težavami. Če na ravni skupine bolnikov velja, da izvajamo samo tiste postopke oskrbe, ki so dokazano učinkoviti (katerih pričakovane koristi presegajo pričakovane škodljivosti), se na ravni posameznega uporabnika kaj lahko zgodi, da bo kljub ustrezni uporabi dokazano pravilnega postopka škodljivost lahko večja od koristi. *Npr. pri dajalcu nastane zmanjšana delovna sposobnost, presaditev pri prejemniku ne uspe ali povzroči dodatne zaplete.*

Koristi zdravstvene oskrbe

(Dodana) korist zdravstvene oskrbe je tisti del izida, ki v konkretnem primeru presega lasten izid. *Npr. pravočasna operacija gangrenoznega slepiča prepreči zelo verjetno smrt bolnika zaradi sepse, ki bi se praviloma razvila iz takega vnetja.* Vsaka zdravstvena težava ima svoj določen naravni potek, ki brez vmešavanja zdravstvene službe pripelje do določenega izida (lasten izid). *V gornjem primeru do smrti bolnika.* Ob uporabi najboljših razpoložljivih zdravstvenih postopkov (tehnologij, tj. sredstev in znanja) bi pri isti zdravstveni težavi lahko dosegli trenutno najboljši možni (idealni) izid. *Pri bolniku z vnetim slepičem bi to bila nekajcentimeterska komaj opazna brazgotina po operativni rani, ki bi se zarasla per primam v 10 dneh, in zadovoljni bolnik bi se v istem času lahko že vrnil k svojim vsakdanjim aktivnostim.* Vsakdanje delo pripelje do določenega izida oskrbe (dosežene koristi), ki se giblje nekje med najboljšim možnim izidom (dosegljiva korist) in lastnim izidom zdravstvene težave, k čemur lahko prispevajo različni dejavniki. *Zaradi zakasnitve pri postavitvi diagnoze ima bolnik lahko nekaj težav z odvajanjem, nekaterim bolnikom se operativna rana zagnoji; podaljša se celjenje in videz je nekaj slabši.* Razliko med lastnim izidom in trenutno doseženim izidom oskrbe imenujemo dodana korist, razliko med izidom konkretne oskrbe in najboljšim možnim izidom pa nedosežena dosegljiva korist. Zaželena kakovost je nekje med trenutno zdravstveno oskrbo in najboljše možno zdravstveno oskrbo. Tu bi bilo mesto za standarde, ki bi izvajalcem in javnosti povedali, koliko in katerih zapletov v povprečju pričakujemo pri določenem zdravstvenem ukrepu, da bi bili vsi seznanjeni s tveganji, ki jih zdravstvene intervencije prinašajo. Tako pa je vsako

odstopanje od idealne oskrbe skoraj nemudoma ožigosano kot malomarnost. Javnost in bolniki namreč razumljivo pričakujejo najboljšo možno zdravstveno oskrbo, ki pa praktično nikoli ni dosežena. Tudi zaradi spremljajočih neizbežnih škodljivosti zdravstvenih ukrepov.

Škodljivosti zdravstvene oskrbe

Načeloma velja, da nič, kar človek naredi, ne more biti samo koristno, kar velja v polni meri tudi za zdravstveno oskrbo. Vsi ukrepi v zdravstveni oskrbi (npr. dajanje injekcije lokalnega anestetika povzroča bolečine) in tudi celi postopki oskrbe (npr. šivanje rane povzroči tvorbo keloida pri predisponiranem posamezniku) povzročajo poleg zelo zaželenih koristi tudi neželene škodljivosti. Škodljivost deluje v nasprotni smeri kot korist in s tem zmanjšuje dodano korist zdravstvene oskrbe. Škodljivosti se prav tako kot koristi lahko pojavljajo na treh področjih:

- zdravstvene škodljivosti: bolečine, alergične reakcije, brazgotinjenje, invalidnost, smrt idr.;
- gospodarske škodljivosti: daljša odsotnost z dela, večji stroški oskrbe, manjša produktivnost idr.;
- družbene škodljivosti: duševno trpljenje, manjša kakovost življenja, nezadovoljstvo bolnikov in izvajalcev idr.

Škodljivosti se lahko pojavljajo naključno, nanje pa lahko vplivajo različni in odstopanja pri izvajanju zdravstvene oskrbe. Pri tem velja nekaj besed nameniti zlasti zdravstvenim škodljivostim, ki jih uporabnik (bolnik) povezuje z odstopanjem pri nudi zdravstveni oskrbi. Uporabnik predpostavlja, da je za škodo, ki jo ima zaradi zdravstvene (bolečine, invalidnost, smrt), gospodarske (izguba delovne sposobnosti) ali družbene škodljivosti (duševno trpljenje, nezadovoljstvo z oskrbo), odgovorno odstopanje izvajalca, ki je v naši zakonodaji označeno kot malomarno zdravljenje ali kot opustitev zdravljenja, v strokovni javnosti pa naj bi ob tem govorili o zdravstveni napaki (izrazu zdravniška napaka se je že slovnično treba izogibati, saj je le izjemoma pri odstopanju udeležen le zdravnik; podobno velja za izraz strokovna napaka, saj pogosto ne gre samo za na stroko vezane pomanjkljivosti). S svojo (pri)tožbo želi dokazati to povezanost in utemeljiti odstopanje kot napako. Napaka v pravnem smislu pomeni tisto odstopanje, ki mu je moč pripisati krivdno odgovornost.

Reklo: »Vsaka snov je lahko strup in vsaka snov je lahko zdravilo, le odmerek naredi razliko,« lahko prenesemo na celotno zdravstveno dejavnost. Vsak zdravstveni ukrep je nujno tudi

škodljiv, zato poskušamo v praksi razmejevati med tistimi škodljivostmi, ki ne povzročajo prepoznavnih zdravstvenih zapletov, in tistimi, ki jih. Slabost te razmejitve je, da nas neredko presenetijo dogajanja pri posameznem bolniku, ker je njegova ranljivost bistveno drugačna. Škodljivosti zdravstvenih ukrepov torej v grobem lahko razdelimo na naslednjih pet oblik:

1. nujna škodljivost,
2. možna škodljivost,
3. nepredvidena škodljivost zaradi lastnosti bolnika,
4. škodljivost zaradi bolj tveganih odločitev izvajalca,
5. škodljivost zaradi »nestrokovnih« odstopanj pri postopku oskrbe.

Nujna škodljivost

Nujni škodljivosti se pri izvajanju zdravstvenih ukrepov ne moremo izogniti niti je ne moremo preprečiti, njen obseg lahko le zmanjšamo. Utrpi jo praktično vsakdo, pri komer izvedemo konkretni zdravstveni ukrep, zato nanjo pogosto pozabljamo. Zmanjševanje nujne škodljivosti je skoraj popolnoma v rokah neposrednega izvajalca, ki izvaja določen postopek. Pogoji dela (organizacija in oprema) pa poleg skrbi za ustrezno usposobljenost izvajalca še dodatno prispevajo k preprečevanju dodatnih zapletov, so večinoma posledica različkov določenega postopka. *Npr. če želimo vstaviti umetni kolk, se ne moremo izogniti rezu kože in podkožja ter pri tem izgubi krvi. Različki so povsem v rokah sistema organizacije v zavodu in deloma od plačnika zdravstvenih storitev. Od sodobne opreme zavoda je namreč odvisno, ali operater lahko uporabi instrumente in protetični material, ki dopušča minimalen rez, ali ne. Od zdravnikove usposobljenosti in spretnosti je odvisno, kako obsežna bo rana. Odstopanja v smeri manjše rane, manjše izgube krvi, krajšega časa rehabilitacije pri tem imamo praviloma za izboljšanje učinkovitosti (povečevanje koristi v primerjavi s škodljivostjo). Ker izvajalci stalno težijo k napredku, uporabljajo nove tehnike s čim manjšim rezom. Izgubi časa (gospodarska škodljivost) in nekaj bolečinam po posegu, ki zmanjšujejo njegovo zadovoljstvo s posegom (družbena škodljivost), se pri takem posegu bolnik ne more izogniti. Drugi primer: imobilizacija udov vselej vpliva na mišičje, vendar to ni posebno resna, predvsem pa je to popravljiva škodljivost. Pri športniku je družbena škoda zaradi tega bistveno večja kot pri večini ostalih bolnikov.*

V kolikor se izvajalec drži trenutno dostopnih znanstvenih spoznanj, pri nujni škodljivosti ne moremo najti krivdne odgovornosti posameznega izvajalca.

Možna škodljivost

Možna škodljivost je prav tako neločljivi sestavni del večine postopkov zdravstvene oskrbe. Prav v tej skupini se lahko zgodi, da bo škodljivost pri posamezniku veliko večja od pričakovane koristi ukrepa. Utrpi jo le določen odstotek ljudi, ugotavljamo jo statistično in praviloma je v celoti ne moremo predvideti pri posameznem bolniku. Velika večina bolnikov pa jo praviloma srečno zvozi brez neželenih zapletov. S pogoji za delo (organizacija, oprema, usposobljenost) brez radikalne spremembe v sistemu dela ne moremo bistveno vplivati na njihovo pogostost in težo. Nekatere od njih lahko vsaj delno prepreči ali zmanjša njihov vpliv neposredni izvajalec posega. Možna škodljivost je najbolj pogosto posledica različkov postopka. *Npr. pri gornjem primeru vstavitve umetnega kolka je zaradi mirovanja večja možnost za globoko vensko trombozo in posledično pljučno embolijo. Infekcije ran lahko spremljajo vsak kirurški poseg. Tudi v drugem primeru imobilizacije bo navkljub razmeroma enostavnemu zdravstvenemu ukrepu pri nekaterih prišlo do neugodnega zapleta, tj. globoke venske tromboze, in pri določenem odstotku tudi do pljučne embolije, ki je za bolnika lahko usodna. Izigibanje zunanje imobilizacije, kjer je le možna drugačna pot, je pozitivno odstopanje. V obeh primerih pa je sistematična uvedba antiokoagulantne zaščite različek (na ravni organizacije dela, ne zgolj posameznega zdravnika) v pozitivno smer, kako zmanjšati nujno škodljivost zaradi strokovno utemeljenega zdravstvenega ukrepa. Ukrepi za preprečevanje možnih zapletov (infekcije, tromboza, izguba krvi, pljučna embolija) so poleg zdravnika in neposrednih izvajalcev posega odvisni še od številnih dejavnikov organizacije dela zdravstvene ustanove, kjer se poseg izvede. Pritožbe so zato predvsem odstiranje zastorov pred luknjami v sistemu oddelka, zavoda ali države.*

Možna škodljivost se prav tako lahko pojavi pri dolgotrajni oskrbi, ne le pri obravnavi akutnih bolnikov. *Npr. otekanje pri uporabi nifedipinskih antihipertenzivov in suh dražec kašelj pri ACE-inhibitorjih sta pri nekaj odstotkih bolnikov možni škodljivosti dobrih in koristnih zdravil, ki na srečo izzvenijo z opustitvijo uporabe teh zdravil. Pri nekaj odstotkih ljudi se po daljšem jemanju antipsihotičnih zdravil pojavijo trajne motnje ekstrapiramidnega živčnega sistema. Kljub temu ne moremo oporekati njihovi uporabi ali posledice pripisati slabi kakovosti dela ali celo krivdni odgovornosti posameznika. Slednja bi prišla v poštev, če se odgovorni ne bi pozanimal o ev. znani preobčutljivosti ali bi jo zavestno ignoriral.*

V kolikor se izvajalec drži trenutno dostopnih znanstvenih spoznanj, pri možni škodljivosti ne moremo najti krivdne odgovornosti posameznega izvajalca.

Nepredvidena škodljivost zaradi lastnosti bolnika

Različne lastnosti bolnikov lahko usodno vplivajo na izid postopka zdravstvene oskrbe. Posamezniki imajo lahko take lastnosti, da bodo enaki postopki oskrbe, ki drugim ne povzročajo omembe vrednih škodljivosti, pri njih z večjo verjetnostjo povzročili resne škodljivosti. Številni ljudje so preobčutljivi na različne snovi, pa tudi na zdravila. Zaradi spremljajočih bolezni in stanj vedno pogosteje prihaja od resnih neželenih stranskih pojavov in zapletov. Tudi v tem primeru je škodljivost posledica različkov postopka, saj gre za pogoj oskrbe, ne za razliko (odstopanje) v izvedbi postopka. *Npr. depresija pri starejših bolnikih je pogosta motnja, toda tveganje, da zdravljenje z nekaterimi antidepressivi povzroči pri njih psihozo delirantnega tipa, je mnogo večje. Bolnikom zaradi neozdravljive prirojene bolezni pogosto ni moč pomagati. Penicilin je izjemno učinkovito zdravilo, ki pri bolnikih, preobčutljivih nanj, povzročajo alergične reakcije z različno hudimi zapleti. Smrt zaradi anafilaktičnega šoka močno presega vse pričakovane koristi. Izjemno redek, pa vendar možen je anafilaktični šok pri uporabi antialergika.*

V kolikor se izvajalec drži trenutno dostopnih znanstvenih spoznanj, bolnika vključni v zdravljenje, izvaja pojasnilno dolžnost in vestno evidentira postopek pridobitve bolnikovega pristanka ali odklonitve, pri nujni škodljivosti ne moremo najti krivdne odgovornosti posameznega izvajalca.

Škodljivost zaradi bolj tveganih odločitev

Pri vsakem postopku in ukrepu tehtamo, kako ga bomo izvedli, in pri tem zavestno tvegamo. Škodljivosti lahko nastanejo zaradi preveč agresivnega ali preveč pasivnega ukrepanja. Sem sodijo ukrepi, ki se večinoma opravljajo v drugačnem okolju, vendar izvedeni na drugačen način prinašajo določene koristi (večje zadovoljstvo, manjši stroški ipd.) ali v drugačnih časovnih okoliščinah. Zlasti so bolj tvegane odločitve pri obravnavi nujnih stanj, ko je izvajalec »prisiljen« izvesti določene postopke in ukrepe, čeprav ne razpolaga z vsemi potrebnimi podatki o bolniku niti ni ustrezno opremljen niti sam ni ustrezno usposobljen za tako ukrepanje. Ta vrsta škodljivosti je posledica odstopanj pri izvajanju postopkov. *Npr. če se demenčni bolnik*

rani na domu, mu bomo v redkih primerih, da bi se izognili prevozu v ambulanto ali h kirurgu, rano zašili na domu. Neposredni pogoji za delo so v takem okolju slabši in zavestno tvegamo večjo možnost okužbe. Podobno velja za dajanje intraartikularnih injekcij v splošni ambulanti ali celo na domu. Drugi primer: alkoholiziran občan, razgraja po cesti. Zdravnik se ne odloči za napotitev v bolnišnico. Glede na njegovo oceno, da ni v življenjski nevarnosti, ga policisti odpeljejo na »streznitev«. Pri tem se poškoduje po glavi in rokah s skokom skozi stekleno pregrado in močno izkrvavljenega sprejmejo na daljšo hospitalizacijo.

Pogosto se v delo vmeša četrta dimenzija, tj. čas, ki je načeloma naš zaveznik, saj z opazovanjem razvoja določenega zdravstvenega stanja z manj ukrepi pridemo do ustrezne diagnoze in/ali zdravljenja. *Npr. pri obravnavi poškodb glave, kadar se odločimo za opazovanje zgolj na podlagi kliničnih znakov brez rentgenske diagnostike, bo ob budnem spremljanju bolnika samega in svojcev dovolj časa za še vedno pravočasno intervencijo tudi v primeru razvoja subduralnega hematoma. Lahko pa se zgodi, da bo potek kasneje zelo hiter in morda celo usoden za našega bolnika.*

Neukrepanje (ki je pravzaprav budno opazovanje oz. zdravilni poskus) v takih primerih je praviloma najbolj ustrezno ukrepanje. Včasih pa postane čas naš sovražnik, dogodki prehitijo pričakovan razvoj dogodkov in se naknadno izkaže, da bi bilo bolj agresivno ukrepanje bolj na mestu. Žal to vemo šele po (izgubljeni) bitki. Takrat bi vsakdo film na novo zavrtel, ne samo bolniki ali javnost. *Npr. tudi za znaki običajne infekcijske bolezni dihal se lahko skriva meningoencefalitis, ki v redkih izjemah lahko poteka zelo fulminantno in je včasih tudi usoden za bolnika. Pretirano povezovanje vsakega odstopanja s slabšimi (od pričakovanih) izidi sili izvajalce k bolj defenzivnemu slogu dela, kar povečuje stroške in možnost drugih oblik škodljivosti zaradi različnih postopkov (iatrogene škodljivosti).*

Škodljivosti zaradi bolj tveganih odločitev lahko zmanjšamo tako, da se oblikujejo in uporabljajo klinične poti za delo v takih primerih. Zavedati se moramo tudi, da brez bolj tveganih odločitev v medicini praktično ne bi bilo nobenega napredka. Vedno mora nekdo prvi in vedno mora nekdo prvič opraviti določen poseg.

V kolikor se izvajalec drži trenutno dostopnih znanstvenih spoznanj, bolnika vključni v

zdravljenje, izvaja pojasnilno dolžnost in vestno evidentira postopek pridobitve bolnikovega pristanka ali odklonitve, tudi pri škodljivosti zaradi bolj tveganih odločitev ne moremo najti krivdne odgovornosti posameznega izvajalca. Seveda bomo pri nadzoru posebej pozorni na to, ali je bilo res storjeno vse, da bi se izognili neželenemu izidu.

Škodljivost zaradi »nestrokovnih« odstopanj pri postopku oskrbe

Tarča novinarjev, bolnikov in javnosti so nestrokovne odločitve oz. ukrepi. *Npr. agresivni, domnevno alkoholizirani občan, ki ga vsi poznajo kot pijanca in stalno stranko nujne medicinske službe, zaradi banalnih dogodkov razgraja po cesti, potem ko naj bi se stepel na veselici. Zdravnik se ne odloči za napotitev v bolnišnico. Zaradi napadalnosti in ogrožanja lastne varnosti ga niti ne pregleda. Glede na njegovo oceno, da ni v življenjski nevarnosti, ga policisti odpeljejo na »streznitev«. Čez dve uri postane komatozen in kasnejši rentgenski pregled ter poizvedovanje potrdijo poškodbo glave s hematomo.* Pogosta »žrtev« nestrokovnih odstopanj so prav bolniki, ki so tako ali drugače težavni, so zaznamovani ali nam vzbujajo gnus. Kljub vsemu se večina napak tudi v tej skupini naredi v dobri veri, da so bili izvedeni ukrepi zadostni za ohranitev zdravja obravnavanih oseb, in ne zaradi namernega ukrepanja ali neukrepanja.

V kolikor se izvajalec drži trenutno dostopnih znanstvenih spoznanj, bolnika vključi v zdravljenje, izvaja pojasnilno dolžnost in vestno evidentira postopek pridobitve bolnikovega pristanka ali odklonitve ter pri tem upošteva etično načelo enakosti in se ne da zapeljati lastnim ali vsiljenim predsodkom, krivdne odgovornosti posameznega izvajalca zaradi nestrokovnega odstopanja ne bomo našli.

Namerna škodljivost

Namerna škodljivost je izjemno redka. Omeniti jo velja zgolj zato, da z njo ne bi mešali drugih oblik vzrokov za škodljivosti. Namerna škodljivost je povzročena zavestno z edinim in očitnim namenom, da bi škodili bolniku. Najočitneje je namerna škodljivost povzročena z opustitvijo potrebne zdravniške pomoči brez privolitve bolnika takrat, ko trenutna spoznanja govorijo za potrebo po ukrepanju. Najbolj tipičen primer namerne škodljivosti v našem pravnem sistemu pa bi bila uporaba evtanazije. Javnost pogosto skuša pripisati vsakemu neželenemu izidu namerno

škodljivost oziroma zdravstveno napako. Nikakor je ne smemo enačiti s škodljivostjo, ki nastane zaradi bolj tveganih odločitev ali nestrokovnih odstopanj pri oskrbi.

K namerni škodljivosti bi lahko šteli tudi izvajanje določenih postopkov s strani nezadostno usposobljenih izvajalcev, kar se na hitro rado pripiše specializantom. Kadar se v delo vključujejo izvajalci, ki po naši zakonodaji ne morejo delati »samostojno«, morajo le-ti opraviti ustrezna preverjanja znanja v zavodu, kjer delajo, ali pa jim mora njihov mentor v dokumentaciji določiti raven usposobljenosti, ki tudi predstavlja stopnjo njihove odgovornosti za izvedene ukrepe. Zavod, kjer se specializant usposablja ali kjer dela zdravnik brez licence, mora tudi poskrbeti, da se imajo taki zdravniki vedno možnost posvetovati z »nadzornim« zdravnikom. S tem je poskrbljeno za varno delo in zaščito vseh, ki vstopajo v proces oskrbe.

Sklep

V strokovnih krogih ponavadi zelo poenostavljeno razmišljamo o pričakovani izvedbi določenega postopka ali zdravstvenega ukrepa. Mnogokrat za to nimamo podlage niti v strokovni literaturi niti v enotnem mnenju strokovnjakov. Ko ne vemo z gotovostjo, kakšen naj bi bil postopek oskrbe, je zelo tvegano govoriti o določeni razliki pri delu kot o odstopanju in še težje to odstopanje vzročno povezovati s krivdno odgovornostjo neposrednega izvajalca ter označiti njegovo ravnanje kot napako. Pri ocenjevanju odstopanj in vzročne povezanosti moramo vedno izhajati iz ugotovitve, ali je bila začetna izbira določenega ukrepa ali postopka pravilna. Izogibati se moramo ocenjevanja na podlagi velikosti škode, ki jo povzroči škodljivost zaradi določenega načina dela. Velikost škode ne sme vplivati na našo presojo o vzročni povezavi med odločitvami in ukrepi izvajalca ter nastalo škodljivostjo.

Kakovost oskrbe in s tem izvajalčevega deleža pri nastalih koristih in škodljivostih ocenjujemo na podlagi pogojev, postopkov ali izidov oskrbe. Izvajalci na izid vplivajo predvsem z različnimi postopki in ukrepi. Pri ocenjevanju koristi in škodljivosti se moramo vedno vprašati: Ali je določen postopek ali ukrep vzročno povezan s spremembo izida oz. ali sta vplivala na doseženo zdravstveno korist in v kolikšni meri? Posamezni izvajalci in zdravstvene ustanove morajo zato zagotoviti ustrezne sisteme za obvladovanje »napak«. Izbira kazalcev kakovosti, notranji (interni) nadzor kakovosti in pritožni sistem so temelj sistema kakovosti vsake zdravstvene ustanove

in tudi posameznega izvajalca, ki zagotavljajo določeno raven kakovosti. Pri ocenjevanju škode je škodljivost, nastalo zaradi zdravstvenega ukrepa, pomembno umestiti v nomenklaturo pričakovanih koristi in obliko nastale škodljivosti. Nujna in možna škodljivost zdravstvenih ukrepov sta neizogibni spremeljevalki vseh zdravstvenih ukrepov. Prizadevati si moramo, da poznamo njihov delež in da jih bolnikom posredujemo v procesu odločanja za določen poseg. Škodljivosti zaradi lastnosti bolnika ne moremo predvideti, moramo pa biti pripravljeni nanje, da lahko pravočasno ukrepamo in čim bolj zmanjšamo neželene izide. Pri bolj tveganih odločitvah moramo biti še posebej budni, da ne povzročimo škodljivosti, zaradi katere bi bili izidi slabši. Škodljivosti zaradi »nestrokovnih« odstopanj pri postopku oskrbe pa bi tako ali tako morale biti pod stalnim budnim očesom sistema za kakovost oz. notranjega strokovnega nadzora.

V primeru nastale škode zaradi zdravstvenih ukrepov, ki niso posledica nestrokovnega ravnanja, bodo morale zdravstvene organizacije vzpostaviti mehanizem seznanjanja bolnikov in svojcev z naravo in obsegom nastale škode, država (skupaj z lokalnimi skupnostmi) kot nosilka zdravstvenega zavarovanja in lastnica zdravstvenih ustanov pa bo morala vzpostaviti sisteme za odpravo nastale škode, njihovo poravnavo in ustrezno »servisiranje« prizadetih občanov z dodelitvijo invalidnin, rent in drugih pravic, ki jim zaradi posledic zdravstvenih ukrepov v okviru javne zdravstvene mreže pripadajo. Analogijo lahko potegnemo s civilnimi žrtvami vojne in neželenimi posledicami obveznega cepljenja. Nehumano je puščati ljudi, prizadete zaradi zdravstvenih ukrepov, na milost in nemilost sodobni tržno naravnani družbi brez ustrezne zagotovitve socialne varnosti vsaj na ravni pravic, kot izhajajo iz nesreč pri delu.

Javnost je treba na ustrezen način seznaniti z naštetimi dejstvi, predvsem pa vzpostaviti ustrezne poti obveščanja, da bomo v kritičnih trenutkih uporabljali isti jezik, ne pa stali na dveh različnih bregovih, ko je z zdravniške strani jasno, da ne gre za krivdno odgovornost, z druge strani pa bolniki oz. svojci ne morejo razumeti, zakaj se jim nastale škode ne more tako ali drugače povrniti. Jalovo je izgovarjanje zdravstvene politike in zdravstvenega zavarovanja, da je to stvar »stroke«. Ne, to je stvar kulture družbe in s tem politične odločitve tistih, ki predlagajo in sprejemajo predpise, saj je zdravstvena dejavnost sistem in ne konglomerat posameznikov. ■

Priporočila o uporabi krvi za zdravljenje pri Jehovovih pričah

Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko glede zavračanja zdravljenja s krvjo priporoča naslednje:

1. Ko gre za bolnika, ki je *sposoben odločanja o sebi* in je zavrnil uporabo krvi, ne glede na to, kako nujna je za njegovo zdravljenje po presoji zdravnika, je treba tako opredelitev spoštovati. To velja tudi za položaj, ko je bolnik začasno izgubil sposobnost odločanja o sebi (npr. med operativnim posegom v splošni anesteziji). Velja tudi za položaj, ko bi po zdravnikovi presoji uporaba krvi edina še lahko rešila življenje. Bolnikova prepoved uporabe krvi, deklarirana pred posegom, *nima statusa vnaprejšnje volje*, ker velja za že obstoječe okoliščine.
2. Ko gre za bolnika, ki *ni sposoben odločanja o sebi* (mladoleten otrok ali duševno nesposoben bolnik), in nastopi položaj, ko je uporaba krvi po zdravnikovem prepričanju nujna za ohranitev življenja ali odvrnitev hude nevarnosti za zdravje, lahko odgovorni zdravnik predlaga začasen odvzem skrbništva staršem oz. skrbnikom, ki v bolnikovem imenu prepovedujejo uporabo krvi. Pristojni organ v nepravdnem postopku skrbništvo prenese na drugo osebo, dokler je bolnikovo življenje ali zdravje ogroženo. KME priporoča, da je to drug zdravnik, ki ni vpleten v zdravljenje tega bolnika.
3. Če v položaju iz prejšnjega odstavka za tak postopek ni časa, je zdravnik upravičen ravnati po svoji najboljši presoji in v skladu s strokovnimi standardi. Če je le mogoče, pa naj v odločanje pritegne kolega ali konzilij oz., kadar je to možno, tudi bolnišnično etično komisijo.
4. Tudi v položaju, opisanem v 2. odstavku, naj zdravnik v največji možni meri upošteva želje bolnika in njegovih svojcev. Načeloma je treba opredelitev mladostnika ali duševno nesposobnega pri izbiranju načina zdravljenja upoštevati do stopnje, ki jo njuno razumevanje in sposobnost za samoodločbo dopuščata.

5. V pogovorih z bolniki in njihovimi skrbniki ali sorodniki KME priporoča popolno odkritost in dovolj temeljita pojasnila.
6. V nenujnih primerih, kot so elektivni operativni posegi, lahko zdravnik uveljavlja ugovor vesti in se izloči iz zdravljenja bolnikov, ki zavračajo uporabo krvi.

Obrazložitev

Državna komisija za medicinsko etiko je ponovno prejela vprašanje o ravnanju zdravnikov z bolniki, ki zavračajo zdravljenje s krvjo. Večinoma gre za pripadnike Jehovovih prič, ki potrebujejo kirurški poseg, pa želijo, da se opravi brez nadomeščanja izgube krvi s tujo krvjo. Pacient ima pravico do spoštovanja te želje (3. in 30. člen Zakona o pacientovih pravicah), celo če bi zdravnik ocenil, da je uporaba krvi nujna za ohranitev življenja. Dogaja pa se, da kirurgi take bolnike odklanjajo, celo kadar gre za manjši poseg, pri katerem ni verjetno, da bi bilo potrebno nadomeščanje krvi. Zgodilo se je tudi, da je bilo zdravljenje s krvjo opravljeno brez privolitve bolnika oz. v nasprotju z njegovo izrecno in ustrezno dokumentirano prepovedjo.

Jehovove priče spoštujejo svetost življenja in skrb za svoje zdravje razumejo kot dolžnost. Navadno zgledno sodelujejo z zdravniki; ne zatekajo se k alternativnim zdravilcem in mazačem. Svojega zavračanja zdravljenja s krvjo ne jemljejo kot pravico do smrti ali mučeništvo v imenu vere; gre le za to, da jim je na vrednostni lestvici spoštovanje prepovedi rabe tuje krvi višje kot želja, da si z njo poskusijo rešiti življenje.

Prisilno zdravljenje s tujo krvjo razumejo kot posilstvo. Tistega, ki se mu je to zgodilo, podobno kot posiljenke oz. posiljenca, ne izločijo iz svoje skupnosti. Starši takemu otroku ne odrečejo ljubezni, čeprav so utrpeli velik psihični šok, dejanje proti človeškemu dostojanstvu (Najand, 2001).

Jehovove priče navadno ne zavračajo avtologne transfuzije krvi (odvzete pacientu samemu in shranjene pred elektivnim kirurškim posegom). Večini je sprejemljiva tudi reinfuzija krvi, ki jo

je pacient izgubil med posegom).

Komisija se je o pravici do zavrnitve zdravljenja s krvjo že izrekla (Trontelj, 1996). **Bolnik, ki je sposoben odločanja o sebi, ima pravico, da zavrne medicinski poseg celo tedaj, ko se zdi, da je nujen za ohranitev zdravja ali življenja** (Garay, 2001; 30. člen našega Zakona o pacientovih pravicah). V tem posebnem primeru je treba imeti pred očmi tudi dejstvo, da je uporaba tuje krvi povezana s tveganjem neugodnih posledic, ki – čeprav redke – včasih lahko celo izničijo pričakovano korist. Poleg tega je zaradi napredka kirurških tehnik in drugih vrst medicinskega ukrepanja (npr. z uporabo eritropoetina in umetnih nosilcev kisika) nadomeščanje krvi vse manjkrat neizogibno, in to velja celo za velike posege ali kritično izgubo krvi ob poškodbah (prim. Cothren et al., 2002).

Uporaba krvi pa le utegne biti kdaj vitalno indicirana. Zdravnik se znajde pred etično-deontološkim problemom predvsem pri **otroku ali odraslem bolniku, ki nista sposobna odločanja o sebi**. Ko je nujni poseg staršem oz. pristojnemu skrbniku nesprijemljiv, je po zdravniških etičnih kodeksih (in Ovijski konvenciji, 1997) zdravnikova dolžnost, da zavaruje bolnikovo najvišjo korist tudi pred opredelitvami zakonitih skrbnikov, če so z njo v nasprotju. Tudi tedaj pa je treba razumeti bolnikovo korist celovito – torej ne samo kot nujo, da se stori vse, kar se zdi potrebno za rešitev življenja. Če bolnik zaradi globokega verskega prepričanja zdravljenja ne more sprejeti, utegne biti poseg v njegovih očeh hujše zlo kot invalidnost ali smrt. Če imamo ob tem pred očmi še tveganje neugodnih učinkov (preobčutljivostne reakcije, infekcije) in največkrat razmeroma nezanesljivo prognozo nadaljnega poteka bolezni – brez uporabe krvi ali z njo, se število primerov, ko bi bila kri dokazljivo nujna, precej skrči.

Ko gre za otroka ali odraslega, ki nista sposobna razumevanja svojega položaja in odločanja o sebi, in je na razpolago dovolj časa, je mogoče v nepravdnem postopku imenovati **začasnega nadomestnega skrbnika**, ki lahko da potrebno soglasje za poseg. To je lahko zdravnik, ki dotlej ni bil in predvidoma tudi ne bo vpleten v zdravljenje. Opredelitev mladostnika in omejeno sposobnega odraslega je

treba upoštevati v največji meri, ki jo stopnja njunega razumevanja in sposobnosti odločanja omogoča.

Kadar časa ni in je potrebno nujno ukrepanje, ki naj reši ogroženo življenje, se mora zdravnik ob upoštevanju vsega povedanega vendarle odločiti po svoji vesti. A še takrat je prav, če v odločanje pritegne kolega, konzilij ali etično komisijo bolnišnice.

Pri odraslem začasno nesposobnem bolniku (npr. v nezavesti) je treba upoštevati njegove prej izražene želje oz. opredelitve. Če je bolnik

prepovedal uporabo transfuzije pred načrtovanim operativnim posegom, te prepovedi tedaj, ko bo v splošni anesteziji, **ni mogoče šteti kot vnaprejšnjo voljo** v smislu 2. odst. 34. člena Zakona o pacientovih pravicah (ko bi imela le status neobvezne smernice pri odločanju o zdravljenju).

Primeri zdravljenja v nasprotju z opredelitvijo pacienta ali svojcev naj bi bili – tudi zaradi navedenih medicinskih razlogov – čim redkejša izjema. Seveda mora biti taka izjema omejena na primere, ki jih predvideva Zakon o pacientovih pravicah. Enako velja za vnaprejšnje zdravni-

kovo odklanjanje posegov brez krvi. Današnji razvoj medicine in pogledov na avtonomijo bolnika dejansko gre v tej smeri. V razvitem svetu vse več zdravnikov spoštuje opredelitve bolnikov in njihovih svojcev, čeprav – posebno ko gre za otroke – mnogi niso pripravljeni obljubiti, da se v skrajni sili vendarle ne bodo zatekli k uporabi krvi kot zdravilu, ki utegne rešiti sicer izgubljeno življenje. V tem posebnem položaju pa je prav, da skrbno upoštevajo zgoraj zapisana priporočila. ■

*Za Komisijo RS za medicinsko etiko:
prof. dr. Jože Trontelj, predsednik*

Soočenje strok

Nacionalna konferenca o diabetesu

Darja Lovšin

V Ljubljani je v organizaciji Zavoda za izobraževanje o diabetesu 6. in 7. novembra 2008 potekala nacionalna konferenca o diabetesu.

Vdvesto letih po industrijski revoluciji so se človeške prehranske in gibalne navade tako poslabšale, da imamo danes 246 milijonov zbolelih za diabetesom. Zaradi globalnega napredovanja bolezni, ki je v preko 90 odstotkih posledica slabega življenjskega stila, so Združeni narodi (ZN) z resolucijo števil. 61/225 diabetes leta 2006 razglasili za epidemijo. Dejstvo, da je neka kronična nenalezljiva bolezen prišla na dnevni red ZN, je zgodovinski unikum, na katerega smo v Sloveniji odgovorili z nacionalno konferenco o diabetesu.

Prvič doslej so se v Sloveniji na diabetični agendi srečali diabetologi, epidemiologi, strokovnjaki za regenerativno medicino, zavarovalniška stroka, farmacevtska stroka in prehranski strokovnjaki. Tako kot v programskem delu, so bile v unionski Stekljeni dvorani različne stroke zastopane tudi med preko sto udeleženci, ki so prišli iz diabetoloških ambulant, ordinacij in patronažnih služb zdravstvenih domov, zdravstvenih služb domov starejših občanov in lekarn,

SPIZ-a, ZZZS-ja in drugih ustanov.

Soočenje različnih strok je bilo izjemno zanimivo, saj so predavatelji na konferenci predstavili pomembne nove podatke v epidemiologiji diabetesa in preventivni medicini, eden od strokovnih vrhuncev pa je bil

nedvomno nastop vrhunškega nemškega strokovnjaka za presajanje celic in tkiv dr. Mathiasa Brendla, koordinatorja nemškega transplantacijskega centra za beta celice, ki je prepričljivo predstavil pomen regenerativne medicine v zdravljenju diabetesa.



Z leve: Dražen Babić, dr. med., direktor NovoNordisk, regija Evropa (glavni pokrovitelj), Darja Lovšin, univ. dipl. pol., direktorica Zavoda za izobraževanje o diabetesu (organizator), Jorma Huttunen, direktor Finskega združenja za diabetes, in doc. dr. Marko Medvešček (strokovni moderator) (foto: Matjaž Žnidaršič)

Ob tako široko - medinstitucijsko in interdisciplinarno - zastavljenem pristopu k reševanju problematike diabetesa je konferenca skupaj z zbornikom, ki je izšel ob tej priložnosti, pomemben mejnik v obravnavi diabetesa pri nas in koristen kašipot javnozdravstvenim strategom, ki odločajo o prednostnih nalogah v zdravstvu. V Evropski uniji se poraja skupna EU-strategija za diabetes in povezovanja v tej smeri so vse intenzivnejša. Ali bomo na začetku ali koncu teh prizadevanj, ni samo stvar nekakšnega prestiža, temveč nas mora voditi zavest, da je zdravje največja vrednota in da je diabetes v tisti skupini kroničnih bolezni, ki jo lahko zelo učinkovito preprečujemo.

Sklepi

Udeleženci nacionalne konference o diabetesu so sprejeli šest sklepov, s katerimi so seznanili Ministrstvo za zdravje Republike Slovenije, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije, forum za diabetes pri Združenju endokrinologov Slovenije, Zvezo društev diabetikov Slovenije, Društvo za zdravje srca in ožilja, Društvo bolnikov po možganski kap ter medije.

Diabetes je globalni problem, ki zadeva celotno družbo

V Sloveniji je treba čim prej storiti vse potrebno, da preprečimo epidemijo diabetesa, ki so jo leta 2006 razglasili Združeni narodi. K problematiki diabetesa kot globalne epidemije je treba - upoštevajoč zaostrene ekonomske

razmere - pristopiti interdisciplinarno in poleg medicine vključiti tudi druge stroke: epidemiologijo, preventivno medicino, farmacijo, prehransko stroko, psihologijo, sociologijo, antropologijo idr.

Po novih uradnih podatkih je v Sloveniji diagnosticiranih 125 tisoč ljudi, zbolelih za diabetesom

Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije je na konferenci predstavil nove, evropsko primerljive podatke o številu zbolelih za diabetesom. Z anketo med prebivalci Slovenije, starimi 15 let in več, so na IVZ leta 2007 določili prevalenco oseb z znano sladkorno boleznijo, ki je **6,9 odstotka**, in ocenili absolutno število prebivalcev te starosti z znanim diabetesom na 120.000.

K temu je treba dodati še - po oceni IVZ - najmanj 3000 diabetikov v domovih starejših občanov in mlajše diabetike v skupini do 15 let.

Po najnovejših podatkih lahko rečemo, da je v Sloveniji skupno število ugotovljenih primerov diabetesa **125.000**. To je po več letih prvi uradni podatek o skupnem številu znanih zbolelih za diabetesom med prebivalstvom Slovenije.

Cilj preprečevanja in zdravljenja diabetesa je preprečevanje srčno-žilnih bolezni Preprečevanje diabetesa in poglobitni cilj zdravljenja je preprečevanje srčno-žilnih bolezni. Diabetes je pomemben dejavnik tveganja za srčni infarkt in možgansko kap. Preprečevanje diabetesa mora tudi zaradi tega postati stalna naloga javnozdravstvene politike. To mora biti glede na epidemične razsežnosti bolezni poudarjeno tudi

v celovitem modelu obvladovanja diabetesa.

V okviru razvojnega projekta »Krepitev zdravja« je treba sprejeti tudi celovit preventivni model obvladovanja diabetesa v skupini kroničnih bolezni

V *Strateškem razvojnem programu za obdobje 2008-2013** je kot globalni cilj opredeljen Razvojni projekt »Krepitev zdravja«. Poleg že obstoječih projektov CINDI, ZORA, SVIT itd. naj se pripravi in sprejme tudi celovit preventivni model za obvladovanje diabetesa v skupini kroničnih bolezni. Cilj modela mora biti izboljšati ozaveščenost in motiviranost zavarovanih oseb o skrbi za lastno zdravje in kot tak se model preprečevanja diabetesa vključi v nacionalni program diabetesa.

Vzpostaviti je treba register diabetesa

Od leta 2007 se v uradni evropski javnozdravstveni statistiki vzpostavlja novo ločeno področje, in sicer »Obolenost po diagnozah«. To je lahko dobra osnova za vzpostavitev kakovostnega registra ljudi z diabetesom, ki bi dajal objektivne podatke in zanesljivejšo oceno stopenj zbolelosti; podatki o diabetesu v Sloveniji bi bili primerljivi na evropski ravni.

Sklepi konference so prispevek k nacionalnemu programu preprečevanja diabetesa

Sklepi nacionalne konference o diabetesu so prispevek k nacionalnemu programu diabetesa v Sloveniji. Njegov cilj mora biti preprečevanje diabetesa tipa 2 in z diabetesom povezanih zapletov, izboljšanje kakovosti zdravljenja diabetesa ter podpora samooskrbi ljudi z diabetesom. ■

* Predlog programa je sprejel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.



Udeleženci konference so z zanimanjem sledili programu (foto: Matjaž Žnidaršič).

Spoštovani!

Obveščamo vas, da je v oglasu za zdravilo Pradaxa v januarski številki prišlo do napake v Skrajšanem povzetku temeljnih značilnosti zdravila in sicer v odstavku ODMERJANJE IN NAČIN UPORABE.

Pravilno je: Z zdravljenjem začnemo **1 do 4 ure** po končani operaciji z eno kapsulo in nato nadaljujemo z 2 kapsulama 1 krat na dan.

Boehringer Ingelheim Pharma
Podružnica Ljubljana
Goce Delčeva 1, 1000 Ljubljana

Izzivi in odgovori na probleme odvisnosti od prepovedanih drog

Regionalne izkušnje 5. simpozija SEEA v Poreču

Jasna Čuk Rupnik

Peti simpozij SEEA (South Eastern European Adriatic Addiction Treatment Network) sta organizirala Jadranska jugovzhodna evropska mreža za zdravljenje odvisnosti in Hrvaška zveza družinskih zdravnikov. Pod glavnim pokroviteljstvom je potekal 17. in 18. oktobra 2008 v Poreču.

Izmenjava izkušenj je bila zelo pestra in bogata. Udeležba predstavnikov slovenskih centrov za preventivo in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog je bila zelo številčna. Jasna Čuk Rupnik je predstavila psihosocialno rehabilitacijo v programih zdravljenja z opioidnimi agonisti, Ivana Mandanič in Mateja Okanovič sta predstavila delo nadaljevalne podporne skupine za abstinence v Centru za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog (CZOPD) v Ljubljani. Saša Blažević iz CZOPD Ljubljana je vzbudila

zanimanje poslušalcev s slovensko različico CISS (Christo Inventory for Substance-misuse). Mateja Jandl in Katja Simunich sta razpravljali o problematiki podaljšane PQ-dobe pri bolnikih, zdravljenih s substitucijskimi zdravili. Branko Bregar, Ivo Jambrošič in Miha Verbič so posegli na področje zagotavljanja kakovosti dela in varnosti bolnikov skozi standarde zdravstvene nege pri obravnavi odvisnih bolnikov.

S strani centrov iz drugih vključenih držav je bilo udeležencem predstavljeno delovanje centra za zdravljenje odvisnosti Pula. O pomenu družinskega svetovanja pri zunajbolnišničnem zdravljenju odvisnosti so govorili hrvaški strokovnjaki. Drugi kolegi iz Hrvaške so predstavili svoje desetletne izkušnje v uporabi metadona, kolegica Nermana Mehić Basara iz Sarajeva pa je predstavila lastne izkušnje v psihoterapiji pri bolnikih, zdravljenih z opioidi. Srečanje se je zaključilo z okroglo mizo o izkušnjah z buprenorfinom.



Zmagovalna ekipa

Slovenski predstavniki so poželi zanimanje in odobravanje po strokovni plati. Srečanje je spremljalo tudi neformalno športno druženje, v katerem so se slovenski predstavniki prav tako odlično odrezali. 3 : 1 so premagali ekipo Hrvaške v nogometu, kar 15 : 6 pa v odbojki.

Bravo naši!

Publikacije

Zbornik Spremenimo diabetes

Zavod za izobraževanje o diabetesu je v zbirki *Diabetes* izdal zbornik *Spremenimo diabetes*, ki je izšel ob nacionalni konferenci o diabetesu v Ljubljani 6. in 7. novembra 2008. V zborniku je na stotih straneh podan celovit prikaz diabetesa kot globalne epidemije, od preventive in zdravljenja do strategije celovitega obvladovanja bolezni. Dvanajst strokovnjakov obravnava diabetes skozi prizmo diabetologije, regenerativne

medicine, epidemiologije, preventivne medicine, prehrane, psihologije in biologije, zbornik pa prinaša tudi nove uradne podatke o razširjenosti diabetesa v Sloveniji.

Naročila: diabetes.institute@siol.net ali 01 542 50 04.



10. Pintarjevi dnevi: Zdravstveno varstvo v Šaleški dolini skozi čas

Srečanje slovenskih zgodovinarjev medicine

Mario Kocijančič



Spominsko ploščo v Zdravstvenem domu Velenje sta v prisotnosti številnih odkrila župan Mestne občine Velenje Srečko Meh in predstojnica Inštituta za zgodovino medicine prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec (foto: Janez Poles).

Pintarjevi dnevi so poimenovani po nestorju slovenske zgodovine medicine doc. dr. Ivanu Pintarju (Ljubljana, 1888–1963), ki je od leta 1934 na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani predaval zgodovino medicine in po letu 1945 postal vodja Inštituta za zgodovino medicine. Napisal je tudi prvi slovenski učbenik zgodovine medicine. Od leta 1994 se na pobudo prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec, predstojnice Inštituta za zgodovino medicine, odvijajo strokovna srečanja zgodovinarjev medicine, ki so letos praznovala svojo 10-letnico.

Ob 50-letnici Zdravstvenega doma Velenje (ZD) so se udeleženci strokovnega srečanja, ki je bilo v Velenju 12. decembra lani, zahvalili vsem soustvarjalcem sedanje ravni zdravstvenega varstva v Velenju s postavitvijo in svečanim odkritjem spominske plošče v preddverju. V imenu Inštituta za zgodovino medicine in Mestne občine Velenje sta jo v prisotnosti direktorja Jožeta Zupančiča, dr. med., odkrila prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec in župan Srečko Meh.

Srečanje se je nadaljevalo v veliki in lepi

dvorani Hotela Paka. V recepciji srečanja, ki so jo vodile Tatjana Praprotnik, Senta Jaunig in Duša Fischinger, so udeleženci dobili ličen in obširen zbornik z vsemi pripravljenimi predavanji. Tako se bo ohranil zgodovinski spomin na razvoj zdravstvene službe v Šaleški dolini, ki že 50 let dostojno sledi gospodarskemu razvoju v dolini. Srečanje so pozdravili direktor velenjskega ZD Jože Zupančič, dr. med., župan Mestne občine Velenje Srečko Meh, direktor Premogovnika Velenja dr. Milan Medved, prim. Janez Remškar z Ministrstva za zdravje in številni drugi ugledni predstavniki državnega in lokalnega javnega

in zdravstvenega življenja. Srečanje je povezovala in prispevke strokovno komentirala prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec.

Zgodovinar Damijan Kljajič, direktor Muzeja Velenje, je v uvodu predstavil zgodovinski razvoj Šaleške doline po drugi svetovni vojni. Mesto Velenje, ki je zrastle med leti 1955 in 1990 v sodobno gospodarsko in kulturno središče, se je v tedanjih razmerah srečevalo z mnogimi protislovnimi in spreminjajočimi se odločitvami v razvoju premogovništva, urbanizma in industrijske graditve. Odločilna je bila podpora najvišjih državnih in političnih organov.

Ivan Zupanc, dr. med., ki je v ZD Velenje delal od leta 1965 do upokojitve oz. zaradi pomanjkanja zdravnikov s skrajšanim delovnim časom dela še danes, je za jubilejno srečanje v prispevku opisal razvoj svoje ustanove med leti 1945 in 2008. Iz osebnih izkušenj je dobro poznal posamezna obdobja graditve in strokovne rasti te osrednje velenjske zdravstvene ustanove od časov, ko je bilo tam zaposlenih 60 ljudi, do danes, ko jih je skoraj 300.

Boris Potrč, univ. dipl. ing. montanistike, je v svojem bogato in učinkovito ilustriranem prispevku opisal več kot 130-letni razvoj premogovnika glede na nevarnosti in zaščito pri delu. Prikazal je organiziranost jamske reševalne službe in varnostno opremo nekoč in danes.

Predsednik Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije prim. mag. France Urlep, pobudnik in lokalni organizator srečanja, ki ga je podprlo vodstvo ZD, Mestna občina Velenje in Premogovnik Velenje, je v obširnem prispevku Zdravstveno varstvo v Premogovniku Velenje skozi čas opisal razvoj premogovnika. Leta 1875 so na izrazito agrarnem področju Šaleške doline odkrili v globini 100 metrov skoraj 40 metrov debel sloj lignita. Avtor zanimivo popisuje izgradnjo prvega premogovnika, premožne brate Lapp, njihov nakup premogovnika in investicije v izkoriščanje lignita, izgradnjo železniške povezave Velenja s Celjem, prodajo rudnika in konec obdobja družine Lapp pred prvo svetovno vojno. Med vojna se je premogovnik razvijal relativno počasi, po koncu druge svetovne vojne pa se je začel hitro razvijati zlasti z dograditvijo termoelektrarne Šoštanj. V prispevku je prepričljivo popisana tudi senčna plat premogovniškega napredka: ugreznanje tal pod jamskimi izkopi, delni ali popolni propad naselij, rušenje stavb, izgube domov. Sledijo opisi nesreč in poškodb pri delu, boleznih premogarjev, delo Bratovski skladnice, njene bolniške in provizijske blagajne ter Premogovniške bolnišnice v Pesju. Slednjo je leta 1892 zgradil lastnik



Naslovnica zbornika 10. Pintarjevih dnevov, katterega urednik je bil prim. mag. France Urlep.

premogovnika Daniel Lapp in je delovala še v letu 1953. Zaradi drsenja zemlje so stavbe na Pesju v petdesetih letih dvajsetega stoletja večinoma podrli. Danes je na tem področju naselje individualnih hiš. Avtor na koncu prispevka s krajšimi zapisi predstavi današnji Premogovnik Velenje, mesto Velenje ter zdravstvo v njem. Premogovnik Velenje je danes tehnološko sodobno opremljen ter po opremljenosti in varnosti sodi v sam evropski vrh. V mestu Velenje je leta 1948 živelo 1121 prebivalcev, leta 1991 pa 37.337. Zdravstveno varstvo prebivalstva v Velenju je po dograditvi sodobno opremljenega ZD doseglo zavidljivo raven. Postalo je enakovredno ustanovam v razvitih državah. Na koncu prispevka se je avtor zahvalil avtorju knjige Zgodovina premogovnika Velenje Antonu Seherju, univ. dipl. ing. montanistike, ker mu je njegova knjiga omogočila, da prouči zgodovino in razvoj zdravstvenega varstva delavcev v premogovniku Velenje od njegovih začetkov do danes.

Marija Hrastnik Koren, dr. med., in Ivana Ramšak Kolar, dr. med., sta v prispevku Razvoj obratnih ambulant in Dispanzerja za medicino dela v Velenju od druge polovice prejšnjega stoletja do današnjih dni predstavili razvoj medicine dela. Medicina dela se je v Velenju razvijala, ker so to narekovale razmere hitrega razvoja premogovništva in industrije. Opisane so etape zdravstvenega varstva delavcev v Velenju od prvih povojnih predpisov in obratnih ambulant do sodobno

urejenega in vođenega Dispanzerja za medicino dela v ZD Velenje.

Prispevek Razvoj zobozdravstva v Šaleški dolini po drugi svetovni vojni je pregledno predstavil zobozdravnik Stane Grasselli. Za obdobje po vojni je bilo značilno pomanjkanje vsega: zobozdravnikov, prostorov, orodja, instrumentov in materialov. Počasi so se razmere izboljševale, se razvijale in ob koncu stoletja dosegle zavidljivo strokovno in organizacijsko raven.

Zdravilišče Topolšica ima svoje začetke že v 16. stoletju. Rast in razvoj te velike in pomembne kasnejše bolnišnice je izčrpno in zanimivo opisal njen dolgoletni predstojnik internist prim. Janez Poles. V časih epidemije tuberkuloze je bolnišnica razpolagala v tridesetih zgradbah s preko tristo posteljami. Z uvedbo učinkovitih protituberkuloznih zdravil se je obseg dela zmanjšal. Še kasneje je v navezi s celjsko bolnišnico zaživela s pljučnim in internim oddelkom. Ko se je povezala v Zdravstveni center Velenje, je dosegla strokovno in organizacijsko rast, po letu 1993, ko je postala samostojni zdravstveni zavod, pa se srečuje s hudo kadrovsko krizo in išče pot v javno-zasebnem partnerstvu.

Po prispevku prim. Polesa smo bili prisotni udeleženci 10. Pintarjevih dnevov prevzeti nad izjemnim *ad hoc* predavanjem prof. dr. Zvonke Zupanič Slavec, ki jo je dobro predavanje dr. Polesa spodbudilo k spontanemu prikazu primerjalne in analitične analogije bolnišnice v Topolšici s podobno nekdanjo protituberkulozno bolnišnico na Golniku.

Strokovno srečanje je zaključil referat prim. mag. Maria Kocijančiča: Delo slovenskih zdravnikov v Bosni in Hercegovini med leti 1878 in 1990.

Priznanja - Ob tej priložnosti je prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec sedanjemu predsedniku Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije in pobudniku tokratnega srečanja ter uredniku zbornika prim. mag. Francetu Urlepu izročila Pintarjevo priznanje Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Priznanje društva sta prejela prim. mag. Mario Kocijančič ob 80. življenjskem jubileju in prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec za ustvarjalno, plodno in mednarodno odmevno delo na področju zgodovine medicine.

Organizacijo in izvedbo strokovnega srečanja Zdravstveno varstvo v Šaleški dolini skozi čas, ki je potekalo v Velenju 12. decembra 2008, ocenjujem kot zelo uspešno. Zahvala velja številnim sodelujočim, predvsem pa naklonjeni lokalni skupnosti in sposobnim organizatorjem. ■

Kompetence zdravnika specialista družinske medicine

Vojislav Ivetić, Igor Švab, Marko Kolšek, Darinka Klančar,
Marija Petek Šter, Danica Rotar Pavlič

2. del

IV. Sporazumevanje zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM)

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) in bolnik sta pod vplivom številnih in različnih psihosocialnih in kulturnih dejavnikov, oba imata vsak svoj sistem življenjskih in moralnih vrednot, kar vse pomembno vpliva na način sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom.

Vsak bolnik je edinstven na svoj način, prav tako so edinstveni način, okoliščine in razlog posveta. Razlog posveta so lahko težave akutne ali kronične narave, težave, povezane z življenjsko ogrožajočimi stanji, težave glede duševnega zdravja, socialne težave, družinske krize...

Le s pravilnim vključevanjem bolnika v partnerski odnos soodločanja, s pravilno kritično oceno lastnih občutkov in čustev ter s kritično oceno lastnega sporazumevanja in sporazumevanja drugih bo ZSDM uspel usvojiti eno najbolj zahtevnih kompetenc in veščin ter eno izmed glavnih orodij ZSDM - večščino sporazumevanja.

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal značilnosti dobrega sporazumevanja
- razumel pomen sposobnosti sporazumevanja
- poznal oblike besednega in nebesednega sporazumevanja
- poznal, kaj vse lahko vpliva na sporazumevanje (bio-psiho-socialno-kulturni dejavniki pri njem samem in pri bolniku)
- znal aktivno poslušati
- znal uporabljati ustrezne oblike sporazumevanja v različnih okoliščinah (npr. razlaga ugotovitev pogovora, pregleda in preiskav, razlaga potrebnih preiskav, terapije in ukrepov, sporočanje slabe novice, neprijetne teme, svetovanje za spremembo vedenja, povezanega z zdravjem, sporazumevanje s terminalnimi bolniki, s težavnimi bolniki, z zahtevnimi bolniki, z otroki in mladostniki, z bolniki s psihiatričnimi motnjami in boleznimi, ob nesoglasju z bolnikom, v primeru strokovne napake, sporazumevanje s svojci bolnika, sporazumevanje po telefonu, na hišnem obisku, sporazumevanje ob negotovi oz. nejasni diagnozi, sporazumevanje v timu, med kolegi, z drugimi specialisti, sporazumevanje z drugimi strokovnjaki, z državnimi in drugimi organi, z mediji)
- znal vključiti bolnika v soodločanje
- znal ustrezno vključiti bolnikovo socialno mrežo, kadar je to potrebno
- znal kritično oceniti svoje sporazumevanje in sporazumevanje drugih

- znal prepoznati motnje v sporazumevanju in ob njih ustrezno ukrepati
- znal prepoznati svoje občutke, čustva in doživljanje, ki lahko vplivajo na sporazumevanje z bolnikom in drugimi
- znal pripraviti analizo zadovoljstva bolnikov z njegovim sporazumevanjem
- znal komunicirati s pomočjo sodobnih elektronskih sredstev
- znal pripraviti in predstaviti opis bolnika strokovni javnosti in posamezen zdravstveni problem strokovni in laični javnosti
- znal pripraviti, predstaviti in izvajati preventivne in zdravstveno-vzgojne vsebine
- znal izvajati promocijo zdravja

Literatura:

- Vodopivec Jamšek V. Posvet. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 610-18.
- Švab I. Težavni bolnik in njegov zdravnik. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 619-22.
- Specialist training in general practice: statement of aims. The Danish College of General Practitioner, Denmark 2006.
- Švab I, ur. Sporazumevanje med zdravnikom in bolnikom. 12. učne delavnice za zdravnike splošne medicine. Ljubljana: Sekcija splošne medicine SZD, 1995: 1-98.
- Kersnik J, Marshall M, Kuenzi B, Gler R. Nesoglasje med zdravnikom in bolnikom med posvetom. Med Razgl 2003; 42: 177-82.
- Kolšek M. O pitju alkohola. Priročnik za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: CINDI Slovenija, Zdravstveni dom Ljubljana, 2004: 19-34.
- Selič P. Nebesedno sporazumevanje za vsakdanjo rabo. Ljubljana: Inštitut za psihofiziološke študije PARES, 2007.
- Kersnik J. Zdravstvene napake. 19. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Ljubljana: Zbirka PiP, 2002.
- Rollnick S, Mason P, Butler C. Health behaviour change. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1999.
- McWinney IR. A textbook of family medicine. 2 edition. Oxford: Oxford university press, 1997: 104-78.
- Tate P. The doctor's communication handbook. Oxford: Radcliffe Medical Press, 1994.

V. Specifični pristopi zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM)

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora poznati osnove preventivnih programov in programov imunoprofilakse, kot tudi metode za zgodnje odkrivanje bolezni, načine spodbujanja zdravega načina življenja in dobrega počutja ter paliativno nego umirajočega bolnika.

Le s pravilnim svetovanjem svojim bolnikom bo ustvaril partnerski odnos in s tem dolgoročno, kontinuirano skrb, usmerjeno v posameznika, njegovo družino in skupnost.

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora **vedeti/poznati (znanje)**:

PREVENTIVNE PROGRAME IN PROGRAM IMUNOPROFILAKSE, opredeljene z zakonom in podzakonskimi predpisi

- preventivni pregledi in cepljenja predšolskega otroka
- preventivni pregledi in cepljenja šolarja
- preventivni pregledi športnikov
- preventivni pregledi delavcev
- preventivni pregledi odraslih (iskanje dejavnikov tveganja in ocena srčno-žilne ogroženosti v ciljni populaciji) - primarna preventiva
- dejavniki tveganja za nastanek BSO (spol, starost, družinska ogroženost, krvni sladkor, maščobe v krvi, prekomerna telesna teža in debelost, kajenje, telesna neaktivnost, stres)
- preventivni pregledi odraslih z že izraženimi kroničnimi nenalezljivimi boleznimi - sekundarna in terciarna preventiva cepljenja pri odraslih
- preventivni pregledi žensk v rodnem obdobju

METODE ZA ZGODNJE ODKRIVANJE BOLEZNI, ki jih država že ali še ne vključuje v obvezne programe

- presejalni testi in pregledi za zgodnje odkrivanje bolezni (okultna kri v blatu, mamografija, bris materničnega vratu, pa tudi TSH, PSA)
- markerji za spremljanje poteka nekaterih bolezni (CA 125, CEA...)

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora biti **sposoben (veščine)**:

- izvesti preventivne preglede ciljne populacije in oceniti srčno-žilno ogroženost
- pravilno vrednotiti vrednosti posameznih dejavnikov
- promovirati zdrav način življenja
- predlagati ukrepe za odpravljanje zdravju škodljivih navad
- predlagati nefarmakološke ukrepe za odpravo dejavnikov tveganja
- voditi ogroženega bolnika z dejavniki tveganja
- izvajati farmakološko zdravljenje dejavnikov tveganja
- svetovati glede ostalih preventivnih dejavnosti: cepljenja, presejalni testi
- izvajati ostale preventivne dejavnosti: cepljenja, presejalni testi
- znati vrednotiti izvide presejalnih testov

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) se mora **zavedati (stališča)**:

- pomena zdravega načina življenja

- pomena odpravljanja zdravju škodljivih navad
- pomena bolnikovega kritičnega samoopazovanja
- pomena zgodnjega odkrivanja bolezni
- pomena senzitivnosti in specifičnosti laboratorijskih in presejalnih testov
- pomena anamneze in fizikalnega pregleda v zgodnjem odkrivanju bolezni
- pomena imunoprofilakse

PALIATIVNA NEGA IN ZDRAVNIK SPECIALIST DRUŽINSKE MEDICINE (ZSDM):

- Ob koncu specializacije naj bi ZSDM poznal načela paliativne oskrbe umirajočega bolnika
- poznal sodobno zdravljenje bolečine v terminalni fazi bolezni
- poznal življenjsko ogrožajoča stanja pri umirajočem bolniku in znal ustrezno ukrepati
- bil sposoben bolniku nuditi podporo glede njegovih telesnih, socialnih in duhovnih potreb
- znal svetovati družini umirajočega bolnika
- znal svetovati glede sodelovanja z lokalno skupnostjo

Literatura:

- Švab I, ur. *Preventiva v splošni medicini*. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1996.
- Bulc M. *Preprečevanje kroničnih nenalezljivih bolezni*. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 624-630.
- Voljč B, Švab I. *Etični problemi*. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. *Družinska medicina*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002: 57-64.

VI. Usmerjenost zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM) v skupnost

Družinska medicina se ukvarja z ljudmi in njihovimi težavami v soodvisnosti z njihovimi življenjskimi okoliščinami in ne le na način neosebne patologije ali po načelu »primerov«. Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) je dolžan usklajevati zdravstvene potrebe posameznih bolnikov in zdravstvene potrebe skupnosti, v kateri živijo, v skladu z raspoložljivimi sredstvi.

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora **poznati (znanje)**:

- pomen dejavnikov tveganja pri nastanku bolezenskih stanj
- pomen dednosti, vpliva družine in okolja pri nastanku bolezni
- pristop k posebej ogroženim skupinam prebivalstva z večjim tveganjem za pojav bolezni

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora biti **sposoben (veščine)**:

- pridobivati informacije s strani družinskih članov in sorodnikov
- odločati, kdaj mora k pregledu povabiti družinske člane
- poznati vlogo družine pri rehabilitaciji bolnika
- svetovati, kako prilagoditi razmere v družini in okolju, da bo okolje bolniku omogočalo uspešno zdravljenje
- vedeti, v kakšni meri naj bo družina seznanjena z boleznijo svojca
- prepoznati znake izgorelosti pri negovalcih oseb

- vrednotiti, kdaj je treba izvesti hišni obisk
- izvajati hišne obiske
- poznati obrazce za sodelovanje s patronažno službo
- poznati kriterije za dodelitev dodatka za pomoč in postrežbo
- poznati postopke za sprejem v dom starejših občanov
- poznati in izpolniti obrazce za letovanje otrok in mladostnikov v naravnih zdraviliščih oz. za klimatsko zdravljenje
- sodelovati s centrom za socialno delo
- poznati pravne podlage za bolniški dopust
- voditi bolniški dopust
- znati zbirati in vrednotiti podatke o absentizmu
- vrednotiti kriterije za oceno invalidnosti, telesne okvare in nezmožnosti za delo
- upoštevati finančne zmožnosti bolnika, okolja in bolnikova kulturna, verska in etična načela
- poznati in znati izkoristiti možnosti, ki jih za bolnikovo zdravje ponuja skupnost – bodisi na področju organizirane dejavnosti, programov za odvajanje od odvisnosti, skupin za samopomoč
- pri aktivnih bolnikih se mora seznaniti z vrsto in naravo dela

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) se mora **zavedati (spoznanja)**:

- pomena zapisovanja dejavnikov tveganja v bolnikov zdravstveni karton
- vpliva dednosti in družinskega okolja na pojavnost bolezni
- pomena sosedske pomoči in pomoči lokalne skupnosti
- odgovornosti racionalnega gospodarjenja s sredstvi, zdravili in napotitvami
- da je organizacija ambulante pogojena z demografskimi in epidemiološkimi pogoji v populaciji
- da sta obseg dela in kadrovska zasedba odvisna od koncesijske pogodbe oz. programa, opredeljenega v pogodbi z ZZZS
- da je dolžan poročati o svojem delu različnim institucijam
- da je treba pri svojem delu upoštevati ekonomski vidik
- da je treba skrbeti za izboljševanje kakovosti na osnovi spremljanja kazalcev kakovosti
- da je treba vključevati mnenje bolnikov v sistem izboljševanja kakovosti dela
- pomena naročanja bolnikov kot metode izboljševanja kakovosti dela
- pomena sodelovanja s strokovnjaki in službami na ravni primarnega zdravstvenega varstva, ki se vključujejo v skrb za bolnika
- pomena sodelovanja s terapevtskimi skupinami in skupinami za samopomoč na primarni ravni
- pomena etike in profesionalnosti timskega dela



Literatura:

- Iljaž R, Kersnik J, Turk H, ur. *Družinska medicina v skupnosti*. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2006.

(se nadaljuje)

Bela zgodba, sivo ozadje

Matjaž Lesjak

Dr. **Herbert A. Skalicki** je bil zdravnik v Zgornjem Belem Dvoru že poldrugo desetletje. Kot je običajno, je v teh letih v svoje medicinsko znanje vpletel neštete izkušnje, ki jih je prineslo delo z ljudmi. Poznal je srečne trenutke uspešnih zdravljenj in presenečenje nenadnih poslabšanj, ki jih ni predvidel. Občutil je hvaležnost someščanov, pa tudi ignoranco nekaterih. Iluzije njegovih prvih let je zamenjala realnost zrelega praktikusa, ki ve, da dela po najboljših močeh, da pa ni skrbnik človeških usod. V vseh teh letih se je med njim in meščani ustvarilo občutljivo ravnovesje, ki so ga intuitivno vzdrževali v pravih merah. Tako je Skalicki približno vedel, koliko ljudi ga bo obiskalo v ambulanti, kaj ga čaka na terenu in kdaj potrebuje čas zase. S sestro sta preudarno nabavljala svojo opremo in jo vsako leto dopolnjevala, da sta ohranjala korak s časom. Četrteke popoldan je imel rezervirane za izobraževanje skupaj z regionalnimi kolegi, sicer pa je delal v urniku, ki mu je ustrežal. Ob petkih sta s sestro naredila obračun tedna in premislila, kako naprej.

Nekega dne se je ob koncu ordinacije pri njem oglasil uglajen gospod v sivi obleki in z uradniško aktovko v rokah. Povedal je, da ni pacient, da pa ima za njega zelo ugodno ponudbo, ki mu bo olajšala delo. Skalicki je pozorno poslušal napoved. **G. Goldschmidt** – kot se je pisal uradnik – mu je povedal, da ustanavljajo zdravstveno zavarovalnico. Prednost tega novega pristopa bi bila v tem, da pacienti ne bi več plačevali storitev zdravniku neposredno, ampak bi to storila zavarovalnica v mesečnih ciklih. Pacienti – pravzaprav kar vsi prebivalci Belega Dvora – bi plačevali redne mesečne premije zavarovalnici, ki bi gospodarila z denarjem, zdravnik pa bi račune pošiljal zavarovalnici, ki bi se obvezala k rednemu plačevanju. Tako bi odpadlo vsakodnevno zbiranje in preštevanje denarja, transport v banko, računovodske storitve, knjiženje in kar je še administracije, ki motijo strokovno delo. **G. Goldschmidta** je zanimalo, ali dr. Skalickija pritegne ta izjemna in napredna ponudba, ki se je že uveljavila v nekaterih sodobnih državah. Družba se razvija in specializira: zdravstvo naj se ukvarja s stroko, z nadležno finančno

periferijo pa se bo spoprijela zavarovalnica v svojih skladih.

Rečeno, storjeno. Dr. Skalicki se je zavedal, da novosti pritiskajo tudi na njegovo področje in podpisali so pogodbo o vzajemnem sodelovanju. Ljudje so začeli plačevati v zdravstveni sklad redne mesečne premije, on pa je pošiljal račune zdravstveni zavarovalnici. Delo je prvi mesec potekalo po običajnem urniku, ki se je utiril v dolgih letih. Potem pa je Skalicki pregledal številke in presenečeno ugotovil, da se je število obiskov v ambulanti povečalo za 30 odstotkov in temu ustrezno se je prelil delež pacientov v okrajno bolnišnico. Namesto običajnega miru v čakalnici je sedaj zjutraj nastajal nemir in direndaj. Ljudje so kmalu ugotovili, da je zdravstvo nenadoma postalo zastoj! Sedaj so nekateri prišli iz radovednosti in drugi zaradi manjših težav. Zahtevali so več preiskav, boljša zdravila in bolniški dopust za glavobol. Niso bili redki, ki so sedaj zdravniku zmagoslavno povedali, da so minili časi, ko jim je on – bog v belem – določal zdravje. Sedaj si bodo vzeli svojo pravico! Skalicki je nemočno gledal, kako se je pred njegovimi očmi podiralo v letih zgrajeno ravnovesje. V čakalnici je vzel oglasni letak zavarovalnice in ga pozorno prebral. Zavarovalnica je za vplačilo določene mesečne vsote obljubljala brezplačne zdravstvene storitve, ki so sedaj postale pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Ljudi so pozivali, naj se včlanijo v sklad, ki jim omogoča popolno zdravstveno varnost.

Zgodilo se je neizbežno. Število pacientov je začelo preseirati zmogljivosti ambulante. Dr. Skalicki je omejil dolžino posamičnih pregledov in nekatere posege, ki jih je prej sam izvajal, je sedaj prepustil kolegom v bolnišnici. Kljub temu se je nekega dne zgodilo, da ni mogel več pregledati vseh pacientov v čakalnici. Moral jih je prenaročiti za naslednje dni! Postajal je utrujen in razdražljiv. Vse več noči je moral vstajati in hoditi na hišne obiske, ki so postali del novo nastalih pravic.

Potem se je odločil, da se bo temeljito pogovoril z gospodom Goldschmidtom.

Dr. Skalicki: »G. Goldschmidt, vaš sistem

ima napako. Ljudem ste predstavili, da je sedaj zdravstvo zastoj, če plačajo zdravstveno premijo.«

G. Goldschmidt: »Mi ljudem samo garantiramo plačilo njihovih zdravstvenih uslug, če so zavarovani v našem skladu.«

Dr. Skalicki: »Kako pa kontrolirate, da ne zlorablajo svojih novo nastalih pravic?«

G. Goldschmidt: »To je seveda vaša kompetenca. Mi ne moremo presojati, kdo je potreben zdravstvenih uslug.«

Dr. Skalicki: »Torej sem jaz poleg zdravnika postal kontrolor izvajanja delovanja vaše zavarovalnice? Ali ne bi bila vaša dolžnost, da preverjate morebitne zlorabe tako velikodušne zavarovalniške ponudbe?«

G. Goldschmidt: »Mi ne smemo kratiati pravic našim zavarovancem, vi pa jim lahko strokovno pojasnite, kakšne posege boste izvedli in ali so potrebni.«

Dr. Skalicki: »Ali veste, da je obisk v moji ambulanti narasel za 30 odstotkov in da so se prav tako povežali tudi stroški obratovanja?«

G. Goldschmidt: »Prav z jezika ste mi vzeli to temo. Hoteli smo vas že opozoriti, da so vaši računi postali nerazumno visoki. Poskušajte omejiti zdravstvene usluge na najnujnejše. Bodite strožji s pacienti ali vsaj racionalni. Predpisujte cenejša zdravila. Nismo tako bogata družba, da bi si lahko vse privoščili!«

Dr. Skalicki: »Zakaj pa ne bi zvišali premije zavarovanj in s tem uskladili prilive in odlive?«

G. Goldschmidt: »To bi ljudje razumeli kot našo pohlepnost in poseg v svoje pravice in ogrožitev brezplačnega zdravstvenega varstva. Poleg tega je to politično neprimerno v času, ko se draži nafta...«

Dr. Skalicki: »Ali naj bom zdravnik ali zavarovalniški redar v svoji ambulanti? Kako naj se ljudje racionalno obnašajo, če tega ne občutijo sami? Zakaj ne izvedete korekcije zavarovanja in pripisete bonus tistim, ki se sami racionalno obnašajo, in malus tistim, ki sedaj vsak dan sedijo v čakalnici, prej pa jih leta ni bilo?«

G. Goldschmidt: »To bi neskončno zakompliciralo postopek in uveljavilo neenakost med ljudmi. Lažje je, če vi strokovno presojate primere in odklanjate neupravičene zahteve.«

Dr. Skalicki: »Za vas je seveda lažje, zame

pa neskončno težje. Sedaj me ljudje gledajo kot nekoga, ki jim krati njihove pravice in jih ovira pri izpolnjevanju zdravstvenih želja.»

Razlika med dr. Skalickim in g. Goldschmidtom je bila pomembna. Medtem ko je dr. Skalicki še naprej sedel v svoji ordinaciji, je g. Goldschmidt uradoval nekje v stolpnici glavnega mesta in nihče od zavarovancev ga nikoli ni ne videl, ne slišal. Na koncu leta je statistika pokazala, da je dr. Skalicki pregledal 11.500 pacientov, g. Goldschmidt pa 12 računov. Zavarovalnica je še naprej oglaševala brezplačno zdravstvo, zdravstveni sistem pa se je pod množico upravičencev začel dušiti in sesedati. Čakalne dobe so se začele posledično daljšati...

V naslednjem letu je nezadovoljstvo ljudi nad »neučinkovitim zdravstvom« doseglo višek v ustanovitvi VPP (varuha pravic pacientov), župan pa je objavil BTŠPO (brezplačno telefonsko številko za pritožbe občanov). Skupina ljudi je ustanovila gibanje »Dol s čakalnimi dobami« ter civilno iniciativo »Za naše pravice gre«. Veterani so ustanovili sekcijo »Ne damo naših zdravilišč.« Sociologi so pripravili seminar »Samoprispevek – neustrezen regulator zdravstvenih pravic.« Politiki so se združili okoli teme »Benificirana doba za zdravnike – grožnja za naše zdravstvo.« Novinarji so začeli iz splošne nejevolje zajemati svoje zgodbe in poročati v živo iz čakalnic. Zdravniška zbornica pa se je lucidno odzvala s strokovnim seminarjem »Izgorelost – nov pojav med nami«.

Zdravstvo se je pričakovano podražilo in dr. Skalicki je prejel več pisem od pristojnih organizacij, ki so ga pozivale k racionalnosti, zmernosti in varčnosti. Eno pismo je podpisal sam gospod zdravstveni minister in ga pozival, naj razloži, zakaj je v tekočem letu predpisal za 5 odstotkov več receptov od povprečja in 20 odstotkov več kot prejšnje leto? Ali obstojijo za to strokovni razlogi?

Dr. Skalicki je dolgo premišljeval, kaj naj odgovori na takšen statističen izziv. Čez tri dni, ko se je izmučen po neprespanem dežurstvu vlekel skozi čakalnico, polno obsojajočih obrazov, pa je dobil idejo.

Napisal je: »Dragi moj minister. Vprašajte g. Goldschmidta!«

Standardi kakovosti

Moč organizacije je v njenih zaposlenih

Britanski standard Vlagatelji v ljudi

Danica Šprajcar, Mitja Košnik

Med profitnimi in neprofitnimi organizacijami obstajajo pomembne razlike. Zaradi njih je neprofitne organizacije drugače in verjetno tudi težje voditi kot profitne. Neprofitne organizacije ne ustvarjajo dobička, zaposlenih ni moč nagraditi in motivirati z boljšo plačo. Zaposleni si velikokrat rečejo: mi delamo za dobro stvar, npr. za bolnika, in to je pomembnejše kot poslovni rezultat. Vendar je dober poslovni rezultat pogoj, da zaposleni lahko delajo stvari tako, kot jih želijo delati, da so z narejenim zadovoljni in da učinkovito gradijo svojo kariero. Zato se je v neprofitnih organizacijah treba o vodenju več naučiti. Morajo se naučiti voditi organizacijo tako, da bo dosegla dobre rezultate. Pri tem pa tudi neprofitne organizacije lahko uporabljajo tehnike in orodja, ki so se potrdila kot dobra v profitnih organizacijah.

Vlagatelji v ljudi je britanski standard, ki izhaja iz dobre prakse za doseganje poslovnih ciljev s pomočjo razvoja zaposlenih. Predstavlja pravila, povzeta iz najboljših praks različnih organizacij. Standard pomaga graditi ekipe, ki si delijo prizadevanja in uspeh. Med več kot 30.000 uporabniki tega standarda so tudi zdravstvene organizacije.

V Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo smo že pred leti ocenili, da nam poslovanje v skladu z določili tega standarda lahko pomaga pri realizaciji našega poslanstva.

Poslanstvo Bolnišnice Golnik - KOPA

V Bolnišnici Golnik - KOPA primarno skrbimo za najboljšo možno oskrbo bolnikov

s pljučnimi in alergološkimi boleznimi. Sočasno skrbimo za razvoj stroke, ki je potrebna za izvajanje te dejavnosti. Naš strokovni razvoj in poslovna uspešnost temeljita na:

- visokem standardu zdravstvene oskrbe in skrbi za zadovoljstvo bolnikov,
- uvajanju novih diagnostičnih in terapevtskih metod,
- racionalizaciji procesov medicinske oskrbe in zdravstvene nege,
- ponudbi storitev na evropskem trgu,
- strokovni in raziskovalni prodornosti visoko specializiranih procesnih skupin,
- lastnem strokovnem izpopolnjevanju in širši pedagoški dejavnosti.

Skrb za zaposlene

Pri realizaciji nalog, ki izhajajo iz poslanstva, je treba upoštevati, da so finančni viri omeje-

ni, zahteve do zaposlenih so visoke, stalno je prisoten pritisk časa in raznovrstnost potreb po znanju. Zato je zagotavljanje ustrezne usposobljenosti zaposlenih ter privabljanje visoko usposobljenih strokovnjakov na medicinskem in nemedicinskem področju ključnega pomena. Pri tem si pomagamo z izpolnjevanjem zahtev standarda Vlagatelji v ljudi:

- zaposleni morajo biti seznanjeni s cilji svoje skupine in organizacije, vodje vedo, kako vključujejo zaposlene v pripravo poslovnega načrta in ustreznih ciljev,
- zaposleni vedo, kako njihovo izobraževanje in razvoj vplivata na njihovo delo, na delo njihovega tima in na delo organizacije; vodje vedo, kakšne so potrebe po izobraževanju in razvoju zaposlenih v njihovem timu, kako so načrtovane aktivnosti za njihovo realizacijo ter kako bo vrednotena učinkovitost izobraževanja,
- zaposleni lahko opišejo, kako jih vodje spodbujajo k prispevanju idej za izboljšanje njihovega lastnega delovanja in delovanja tima; vodje prepoznajo različne potrebe zaposlenih in zagotavljajo ustrezne in za vse enake možnosti dostopa za izobraževanje in razvoj,
- zaposleni vedo, kaj naj njihov vodja dela, da jih bo učinkovito vodil in razvijal; vodje vedo, kakšna znanja in veščine potrebujejo, da bodo učinkovito vodili in razvijali zaposlene,



INVESTOR IN PEOPLE

- zaposleni vedo, kako s svojim osebnim delom prispevajo k dobremu poslovanju organizacije; vodje znajo opisati prispevke posameznih zaposlenih k dobrim delovnim rezultatom in načine, kako te individualne doprine prepoznajo,
- zaposleni poznajo načine, ki jih vzpostavi vodje, da z njimi zaposlene spodbujajo k prevzemanju odgovornosti za realizacijo posameznih nalog,
- novi sodelavci in zaposleni, ki so začeli z izvajanjem novih nalog, lahko opišejo, kako je postopek uvajanja v delo vplival na njihovo učinkovitost; vodje opišejo, na kakšen način zagotavljajo, da so potrebe po izobraževanju in razvoju zaposlenih izpolnjene.

Vodenje za doseganje zelenih načinov vedenja in dela

Pregled navedenih in drugih zahtev standarda jasno pokaže, kako pomembna je vloga vodij pri izobraževanju in razvoju zaposlenih in s tem pri zagotavljanju dobrega poslovanja organizacije. Pri tem se postavlja vprašanje, ali ima vodenje univerzalno področje uporabe ali pa različne vrste okoliščin in izzivov zahtevajo različne vrste vodenja. Dejstvo je, da tudi od zdravstvenih delavcev in od drugih zaposlenih v zdravstvu pričakujemo, da so vrhunski strokovnjaki za delo, ki ga opravljajo. Poleg tega od njih pogosto pričakujemo, da opravljajo tudi naloge vodenja. To so naloge, za katere se običajno niso usposabljali med izobraževanjem za poklic, ki ga opravljajo.

Zato mora vsak strokovnjak, ki ima nalogo voditi večjo ali manjšo skupino ljudi, ustrezen čas nameniti tudi pridobivanju znanj s področja vodenja. Pomembno je, da vodja zna delati z ljudmi. Pri tem lahko napreduje, če se nauči raznih tehnik in orodij.

Vodenje pomeni sposobnost vplivanja, spodbujanja in usmerjanja sodelavcev k želenim ciljem. Vodja je tisti, ki spodbuja ljudi, da izražajo svoje mnenje in sami odločajo o stvareh, da ustvarjajo in sprožajo inovacije. Sodelavce spodbuja k delu pravih stvari na pravi način.

Dober vodja je tudi ustvarjalec poslovanja in ne samo optimizator tistega, kar že obstaja.

Vodje posvečajo veliko pozornost sestavi timov. Vodja, ki dobro dela, daje zgled in potem tudi preostali vedo, da zmorejo.

Naša pot

Formalno potrjeno, da izpolnjujemo zahteve standarda Vlagatelji v ljudi, smo v Bolnišnici Golnik – KOPA dobili leta 2005. V letošnjem letu smo morali ponovno dokazati, da še vedno izpolnjujemo zahteve standarda. Ob vsakokratni presoji pa smo dobili vrsto priporočil, v katero smer naj se nadaljujejo naša prizadevanja na področju razvoja ljudi pri delu. Kljub številnim izobraževanjem za timsko delo ter uspešno in učinkovito vodenje, ki smo jih v zadnjih letih organizirali, nas čaka še veliko dela predvsem pri izobraževanju vodij, da bodo kot dobri strokovnjaki in učinkoviti vodje prispevali k nadaljnjemu izboljšanju organizacije dela v bolnišnici. S tem bodo pomagali, da bomo ob manjši izgorelosti zaposlenih izpolnjevali poslanstvo Bolnišnice Golnik in zagotavljali realizacijo nalog, ki smo si jih sami zastavili v naši skrbi za bolnike. ■



Pacient: stranka – da ali ne?

Österreichische Ärztezeitung št. 22,
25. november 2008

Komentar prof. dr. Hildegunde Piza,
Inštitut za medicinsko antropologijo
in bioetiko, Dunaj

Razmerje zdravnik - pacient ima posebnost: zaupanje, ki hkrati zajema visoko stopnjo intimnosti.

Pacient svojemu terapevtu ne zaupa svoje bolezni, svojega kolčnega sklepa kirurgu, svoje astme internistu tako kot svoje davčne obveznosti davčnemu svetovalcu ali pravne zadeve svojemu odvetniku. Pri slednjih je »stranka«, obravnava se premoženje ali pravice mandanta (stranke), ne pa slednji sam osebno (kot bitje). V razmerju zdravnik - pacient pa se slednji zaupa sam. Obstoji torej asimetrično razmerje. Ta posebnost oz. odnos je bil v zadnjih 2400 letih določen z medicinskim etosom Hipokrata: Kdor za življenje in zdravje nekega drugega človeka prejme pravico za poseg, mora biti zanesljiv in zaupanja vreden. In obravnavati ga mora enakopravno, kot osebo, ne kot »primer« in še celo ne kot stranko, ki za storitev plača. Zdravnik ima dolžnosti, toda tudi pacient nosi odgovornost.

Iz sosedskih medicinskih revij

Pobuda (dr. W. Routil, predsednik)

(Aerzte Steiermark,
december 12, 2008)

Namesto kake zdravnice ali bolnišniške upraviteljice (*Spitalmanagerin*) je zdaj vodenje Ministrstva za zdravje prevzel sindikalist (*Gewerkschaftler und GKK-Obmann*). A četudi je slišati trdo: Po izkušnjah z ministrico Kdolsky, ki se je z zdravništvom začela pogovarjati šele potem, ko smo začeli protestirati, pa ta novica ni slaba. Pri zgornjeavstrijskih sindikatih sicer

Medicina doživlja globoko metamorfozo: Od umetnosti zdravljenja, ki temelji na osebnem odnosu med zdravnikom in bolnikom, se spreminja v kompleksno, nadproporcionalno rastočo industrijo.

Kaj se pa zgodi, če pride bolnik z miselnostjo stranke, ki plača, ki zato »ima pravico« in postavlja zahteve? Neverjetno visoko število tako imenovanih zdravih ljudi dandanes postavlja medicini zahteve, ker hočejo svoje telo izboljšati – za to pa potrebujejo zdravnika.

Naloga zdravnika se pri tem reducira na posvetovalca ter pogodbenega partnerja pacienta. Odločitev je na strani klienta. Pacient postane stranka; zdravnik ponudnik storitve, ki svoj izdelek prodaja; ordinacija in bolnišnica pa profitni center. Mar ta slika stranke res ustreza sliki pravega bolnika, pacienta?

Biti stranka predpostavlja suverenost in avtonomijo. A kakšna je ta t.i. suverenost ali »polnoletnost« (*Mündigkeit*) štiridesetletnika z infarkt, sedemdesetletnika z zlomom vratu stegenice, rakavega bolnika, juvenilnega diabetika, športnika z raztrganim meniskusom?

Če je pacient bolan in če so razmere ugodne, postane šele prek oskrbe, posvetov in včasih šele med zdravljenjem »polnoleten« in šele takrat pride v položaj, da lahko odloča o sebi in svoji bolezni. To odločitev mnogi pacienti – pa četudi so sami zdravniki – prepustijo lečnemu zdravniku. Pa ne zato, ker ne bi bili polnoletni, temveč zato, ker so pač bolni in se zanesajo na profesionalnost in oskrbo svoje zdravnice ali zdravnika.

To asimetrijo odnosov z razpravami odstra-



niti, pa ima dramatične posledice. Preoblikovanje pacienta v stranko pomeni v stranki izključitev človeškega bivanja ter instrumentalizacijo njegove osebe v maksimiranje dobička.

V interesu zdravništva je, in najboljši rezultat je, zdraviti informiranega in sodelovanja sposobnega bolnika. Če pa v medicinski oskrbi prevlada gospodarska racionalnost, se zdravnik degradira v izvajalca zdravilskih tehnik; s tem medicina zapravi svojo identiteto kot služnost človeku. ■

Marjan Kordaš



ni vse zlato, kar se sveti, naše kolegice in kolegi bodo pa sedanjega ministra Aloisa Stögerja prepoznali kot človeka, ki ceni dialog.

Slednji bo zdaj moral udeležiti vladni program, ki se v zdravstvenem območju ne odlikuje ravno z natančnostjo. A tudi v tem papirju se poudarja vsaj dialog.

S tesnim sodelovanjem se lahko doseže mnogo, kar sicer z nasprotovanji ni mogoče. To kažejo tudi zadnja dogajanja (pogodba o pripravljenosti med tednom, *Vertrag über den Bereitschaftsdienst unter der Woche*), ki so trajala dolgo, končno pa privedla do rezultata, ki je pošten kompromis in ki je vsem udeležencem popravil stanje. ■

Marjan Kordaš

Reforma zdravstva na Hrvaškem

Liječničke novine, 8, 75, december 2008

Reforma zdravstvenega varstva je z mnenji, komentarji in predlogi napolnila več kot polovico decembrske številke glasila Hrvaške zdravniške zbornice.

Ministrstvo za zdravje in socialno skrbstvo je predložilo osnutek zakona o reformi zdravstvenega sistema, ki zajema skoraj vsa področja zdravstvene zaščite. Že med razpravo je minister mag. Darko Milinović umaknil najradikalnejši predlog reforme, s katerim naj bi ustanovili paralelno zdravstveno zavarovanje, ki bi omogočilo prelivanje državnih sredstev v zasebne sklade.

Najpomembnejše in najbolj radikalne spremembe so predlagane na področju primarnega zdravstvenega varstva, kjer se pospešuje obsežna privatizacija. Finančna shema naj bi se bistveno spremenila. Sedanja glavarina, glavni vir plačevanja zdravnikov, se ne bi več obračunavala v celoti kot do sedaj, temveč le 60-odstotno, obenem pa bi timskim sestavam specialistov družinske medicine, ki bi bili v pogodbenem odnosu z zdravstvenimi domovi (domovi zdravlja) in preko njih vključeni v lokalne programe, omogočilo znatno višje stimulacije, tja do 158 odstotkov sedanje glavarine.

Koncesije bodo še vedno podeljevale lokalne skupnosti (županije), vendar z vrsto odo-

britev, od ministrstva do potrdil o skladnosti z lokalnimi programi.

Povsem na novo se organizira reševalna služba, od ustanavljanja centrov za urgentno medicino, ali vsaj posebnih oddelkov, do nove specializacije s tega področja. V petih letih povprečni čas prevoza od prvega klica do prihoda v bolnišnico naj ne bi bil daljši od 75 minut.

Centralno vodenje seznamov čakalnih dob za vse bolnišnice v državi bo vodilo Ministrstvo za zdravje.

Na sekundarni in terciarni ravni se odpravlja Modra knjiga (ki je pred tem zamenjala Belo) in uvaja plačevanje po novi razdelitvi DTS (diagnostično-terapevtske skupine). Naslednji cilj je skrajševanje ležalnih dob in ustanavljanje dnevnišnic.

Na državni, županijski in regionalni ravni se ustanavljajo finančne uprave, ki naj bi

skrbele za javne nabave in »druge administrativne posle skupnega interesa«.

Velike spremembe obeta zakon pri spremembah bolniških dopustov. Od 58.000 dnevno bolnih na Hrvaškem je manj kot leto dni na bolniškem dopustu nekaj manj kot 185.000 bolnikov, od enega do petih let jih je 16.135 od pet do petnajst let pa 300. Po novem predlogu naj bi trajal bolniški dopust največ eno leto oz. 18 mesecev v obdobju zadnjih treh let.

Zavod za zdravstveno zavarovanje naj bi uvedel nov način plačevanja zdravil in nove referenčne cene, posebno draga zdravila pa naj bi postala skrb države.

Posebno pozornost namenja novi zakon iskanju novih virov financiranja, saj je sedanje stanje nevzdržno. Milijon in pol prebivalcev, ki plačujejo v bolniško blagajno, prejema le 25 odstotkov vseh sredstev, 75 odstot-

kov porabnikov pa ne plačuje ničesar. Pri iskanju novih virov se razmišlja o davku na tobačne izdelke, uvedbi participacije pri poškodbah v motornem prometu in morebitni splošni uvedbi participacije od 15 do 3000 kun (približno od 2 do 412 EUR), vendar s številnimi olajšavami. Podražilo naj bi se dopolnilno zavarovanje za zavarovance, ki presegajo povprečno plačo 5200 kun (približno 714 EUR).

Tak je predlog zakona. Zbornica se v glavnem strinja. Kaj od tega bo prišlo iz sabora, je odprto vprašanje, vsi pa se strinjajo, da v hrvaškem zdravstvu temeljite reforme ni bilo že od šestdesetih let prejšnjega stoletja. Bile so le zamenjave ljudi, od ministrov do direktorjev, in drobni popravki, ne več kot kozmetični. ■

Boris Klun



Zdravo življenje

Zelena luč za dolgoživost

Strokovnjaki SZO ugotavljajo, da je sodobnemu prebivalstvu mogoče zagotoviti dolgoživost na relativno enostaven in

finančno sprejemljiv način predvsem z zdravim življenjskim slogom. Pri tem si je treba prizadevati predvsem za preprečevanje in odpravo bolezni, motenj in poškodb, ki se nahajajo na samem vrhu lestvice globalne smrtnosti. Skupina znanstvenikov, ki je pod drobnogled vzela bolezni srca in ožilja ter maligne bolezni, je ugotovila, da je z zdravim prehranjevanjem in organizmu prijaznim načinom življenja

mogoče preprečiti kar 80 odstotkov srčno-žilnih zapletov in 40 odstotkov rakavih bolezni. Preventiva je z velikimi črkami zapisana tudi v primeru diabetesa, debelosti, zasvojenosti in podobnih težav, s katerimi se zdravniki danes najpogosteje srečujejo pri svojem delu. ■

Nina Mazi

Iz sosedskih zborničnih revij

Cepljenje proti HPV: nemški zdravniki dvomijo o zaščiti

Kärntner Ärztezeitung št. 12, december 2008

Je serum proti virusom papiloma (cepljenje proti HPV) primer, kako se z intenzivno reklamo v javnosti obljublja zdravstvena korist, ki pa v resničnosti ni nesporna? Trinajst znanih nemških zdravnikov, ki delajo na univerzitetnih klinikah, je podpisalo manifest, v katerem svarijo pred podobnimi napačnimi informacijami. Podajajo sum, da cepljenje proti HPV nima pričakovane zaščite ter da lahko celo naredi utvaro zgrešene varnosti.

Zaradi hrupne reklame je nastala zgrešena predstava, da preventivni pregledi ne bodo več potrebni. Vendar bodo tudi cepljene ženske morale redno hoditi na preventivne preglede.

Koroški ginekolog in funkcionar v zbornici, dr. Erich Ropp, se s tem strinja. Pred slabim letom je v imenu Koroške zdravniške zbornice

(Kärntner Ärztekammer) na neki razpravi v okviru ORF pokazal na slabosti v poročilih o zdravstvenem stanju. Cepljenje proti HPV je bilo predstavljeno z vsem hrupom, neprimerno bolj pomembna preventivna preiskovanja žensk (brisi) pa so ostala docela v ozadju.

In prav na Koroškem je delež preventivno pregledanih žensk žal mnogo premajhen. Na to dr. Ropp kot pooblaščenec (za zagotavljanje kakovosti) zdravniške zbornice opozarja že dolgo. Slednji lahko le z obžalovanjem ugotavlja, da »...Če bi se le del medijske pozornosti za cepljenje proti HPV usmeril v pomembnost

rednih preventivnih pregledov, bi lahko storili mnogo dobrega.«

Namreč, cepivo je usmerjeno proti HPV tipa 16 in 18, ki sta povzročitelja raka materničnega vratu v 70 odstotkih vseh primerov. Dr. J. Windeler, eden od 13 podpisnikov manifesta, meni, da je dokaz za to trditev zelo šibak. Obe cepivi zaščitita pred okužbo z virusoma. Da pa hkrati zaščitita pred rakom v kar 70 odstotkih, je vprašljivo.

»Sprejemamo kritiko, a od kritikov pričakujemo enako zavest o odgovornosti, kot jo pričakujejo tudi od nas,« meni dr. Astrid Dworan-Timler, medicinska vodja pri Sanofi Pasteur, podjetju, ki je eden od dveh proizvajalcev cepiva proti HPV. Dne 5. decembra 2008 je dr. Astrid Dworan-Timler v neki oddaji zatrdila, da je bilo v kliničnih raziskavah to cepivo učinkovito pri deklah in ženskah v 98 do 100 odstotkih primerov, če je šlo za okužbo s HPV 16 ali 18, ter posledičnih prekancerozah (CIN2/3, AIS). Seveda le, če je bilo cepljenje izvedeno trikrat ter pred infekcijo s HPV 16 oz. 18.

V Avstriji je ministrstvo za zdravje glede cepljenja delovalo bolj zaviralno, na Koroškem pa je bila tako deželna politika kot vodilni mediji v celoti na strani podpornikov cepljenja proti HPV. ■

Marjan Kordaš



Nezdravo življenje

Okolje na piedestalu

Zaradi onesnaževanja okolja vsako leto po nepotrebnem ugasne okrog 13 milijonov življenj, poudarja Svetovna zdravstvena organizacija (SZO).

Zaradi onesnaženega zraka, onesnažene vode in komarjev na leto umre približno 13 milijonov ljudi, ugotavljajo strokovnjaki in dodajajo, da zaradi onesnaženega okolja najbolj trpi zdravje otrok in tudi starostnikov.

Če bi medicina začela tesneje in bolj učinkovito sodelovati z ekologijo, bi lahko skupaj rešili mnogo ljudi.

Podatki, ki jih v svojih poročilih navajajo strokovnjaki SZO, so zastrašujoči. Na svetu zaradi bolezni srca in ožilja vsako leto umre 2,6 milijona ljudi, zaradi črevesnih bolezni 1,7 milijona, 1,4 milijona ljudi podleže raku, 1,3 pa boleznim dihal; dodatnih 470.000 oseb umre v prometnih nesrečah. Na samem vrhu tega zaskrbljujočega seznama se nahajajo žrtve onesnaževanja okolja, to pa bi lahko občutno zmanjšali. Vse, kar je treba storiti, je spremeniti način življenja. Najnovejša podatke o »okoljski smrtnosti« je zbralo več kot 100 strokovnjakov pod okriljem SZO. Največ ljudi umre zaradi

onesnaženega zraka in zastrupljene vode, smrtonosni pa so tudi komarji in drugi prenašalci nevarnih bolezni. Čeprav se zdi rešitev zelo enostavna in blizu, pa znanstveniki opozarjajo, da je treba ljudi najprej poučiti o nevarnosti, ki jo povzroča onesnaževanje. Situacija je najbolj zaskrbljujoča v revnih deželah, kjer je zdravstvo zelo nerazvito. Če bi v teh regijah izboljšali preventivo, okrepiли zdravstveno vzgojo in posodobili zdravstvo nasploh, bi lahko preprečili veliko smrti. Zlasti bolnikov z malarijo. Velik krvni davek terjajo tudi nalezljive bolezni, s kolero, TBC in tifusom na čelu. ■

Nina Mazi

Vir: SZO

Publikacije

Priročnik o zdravilih

Knjižica, namenjena laiku, ki hoče biti poučen

Jaro Lajovic: Priročnik o zdravilih. Mednarodni forum znanstvenoraziskovalnih farmacevtskih družb, GIZ, Ljubljana 2008, 73 str. Poglavlja: Uvod, Kaj so zdravila, Delovanje zdravil, Želeni in neželeni učinki zdravil, Uporaba zdravil, Usoda zdravil v telesu, Razvoj zdravil, Razvrščanje zdravil, Stroški za zdravila, Navodilo za uporabo, Slovar, Stvarno kazalo.

Knjižica je očitno namenjena laiku, ki hoče biti poučen. Menim, da se je avtorju posrečilo laika poučiti, da pa s posledično nujnimi poe-

nostavitvami pravzaprav ni zagrešil kake večje strokovne napake. Tako se knjižica bere gladko in besedilo je strokovno kar trdno. Pri razdelitvi zdravil po mehanizmih (str. 11) si je avtor privoščil zelo nenavaden pristop, a ko sem ga kritično premislil do kraja, sem za ta pristop avtorju lahko samo čestital. In moram reči, da sem se v zvezi z generiki naučil kar nekaj novega.

Posrečen se mi zdi pristop na str. 48 z nekakšnim faksimilom recepta za zdravilo velfen ter nadaljevanjem na str. 55. Slednje je nekakšno navodilo, kako brati navodilo za uporabo, ki je priloženo vsakemu zdravilu.

Da moje pohvale ne bi kdo razumel narobe, da sem knjižico prebral površno, želim naštetih nekaj t. i. *lepotnih napak*:

- Dvojica slik (str. 12) o delovanju naravne snovi – agonista, zdravila – agonista ter zdravila – antagonist je za razumevanje kar težka. Kar nekaj časa je trajalo, da sem jo dešifriral. Vrh tega se težavnost poveča tudi zato, ker sta izraza *Agonist* in *Antagonist* hkrati naslova te dvojice slik.

- Slika na str. 32 (zgrajena podobno kot slika na str. 34) kaže porazdelitev snovi glede na pretok krvi v posameznih organih oz. tkivih. Menim, da bi bilo zaradi nekaterih snovi, ki se lahko kopičijo v maščevju, koristno vsaj omeniti razdelitveni koeficient voda/maščoba.
- Avtor namesto standardnega izraza celična membrana dosledno uporablja (ter v slovarju tudi definira) izraz celična ovojnica. Ne vem, kako bo to dojel laik, mene pa preveč spominja na ovojnice v smislu fascije.
- Avtor v besedilu uporablja pojma emulzija in suspenzija, zato bi morala biti ta dva pojma razložena tudi v slovarju.

Če bo morda potreben ponatis ali nova izdaja, bi o teh – in morda kakih drugih – pripombah veljalo razmisliti.

A kot rečeno, so to zares le lepotne napake. Koristno je, da je knjižica na voljo. Upam, da bo založnik poskrbel, da bo bralca, ki hoče biti poučen, knjižica tudi dosegla. ■

Marjan Kordaš



Zdravstvene vsebine v medijih – toda kakšne?

Damjana Pondelek

Zdravstvene teme so danes deležne izjemne medijske pozornosti. Toda vsebine, ki jih v ospredje postavljajo mediji, so drugačne od vsebin, ki jih želijo javnosti sporočiti zdravstvene ustanove. Kako preseči to zagato?

V preteklosti, zlasti to velja za obdobje pred osamosvojitvijo, je bila pozornost in kritičnost slovenskih medijev do dogajanja v zdravstvu bistveno manjša. Bistveno manjša je bila tudi pozornost zdravstvenih ustanov do medijskega poročanja, prav tako zdravstvo ni čutilo izrazite potrebe po javni promociji zdravstvenih vsebin. Medtem se je zgodilo nekaj pomembnih premikov in sprememb. Vedno hitrejši napredek na vseh področjih zdravstva, krepitev pomena preventive, boljša osveščenost in višja zahtevnost pacientov, krepitev potrošništva, spremembe v načinu financiranja, iskanje alternativnih virov financiranja (sponzorstvo, donacije...), krepitev zasebnosti in koncesionarstva... Zdi se, da vse naštetu kar kliče k sodelovanju medijev in zdravstva. In res – mediji, soočeni z zahtevami bralcev/gledalcev/poslušalcev in oglaševalcev, danes postavljajo zdravstvene teme v medijsko ospredje, prav tako pa si tudi zdravstvo vedno bolj dejavno prizadeva za promocijo ustreznih zdravstvenih vsebin. In vendar se večkrat zdi, da stojimo vsak na svojem bregu. Zakaj? **Seveda zato, ker zdravstvene vsebine, ki jih v ospredje postavljajo mediji, niso tiste vsebine, ki jih želijo javnosti sporočiti zdravstvene ustanove.**

Dobre zgodbe – za medije

Medijski svet, soočen z ostro konkurenco in zahtevami kapitala, postavlja v ospredje črno-belo poročanje, ki zmore nagovoriti najširši krog bralcev, gledalcev, poslušalcev. Posledično si vsebina deli prostor s formo, informacija z atrakcijo in senzacijo... Zdravstvene vsebine lahko državljani resda spremljajo prav v vseh medijih. Toda katere zdravstvene vsebine? Prve strani tiskanih medijev in najbolj gledane oz. poslušane minute radijskega in televizijskega programa so tudi zadnji mesec preteklega leta dnevno

prežemale »novice« o tragični smrti 12-letnega bolnika, četudi ni bilo novih informacij, ki bi jih lahko predstavili javnosti. Tragičnost zgodbe, bolečina in obup staršev, nemoč zdravnikov, vse to po medijskih kriterijih zagotavlja zares dobro zgodbo, dobra zgodba zagotavlja dobro branost/gledanost/poslušanost, slednja pa boljši oglaševalski izkoristek.

Druga zdravstvena tema, ki je decembra lani združila predstavnike vseh slovenskih medijev, seveda tudi novinarje, ki sicer ne pokrivajo zdravstva, pa so bili rezultati revizije računskega sodišča v primeru podeljevanja koncesij v zdravstvu. Navidezno slabe in dramatične novice so odlični obet za dobro zgodbo, ki jo vsak dan znova potrebujejo mediji, da bi pritegnili bralce/gledalce/poslušalce in seveda oglaševalce. Toda kakšen vtis o zdravstvu so na podlagi prevladujočih medijskih sporočil dobili državljani, ki so družbeno dogajanje prisiljeni opazovati zgolj skozi medijsko prizmo?

Dobre zgodbe – za zdravstvo

Decembra je v zdravstvu brbotalo od dogajanja, ki si je (bi si) zagotovo zaslužilo medijsko pozornost in pozornost javnosti. Ste torej zasledili, da je UKC Ljubljana v tem času promoviral desetletje uspešnega zdravljenja motenj srčnega ritma z radiofrekvenčno katetrsko ablacijo? Da je oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo mariborske Klinike za ginekologijo in perinatologijo pripravil mednarodni znanstveni simpozij z naslovom Naših prvih 3000 otrok in tako obeležil 25 let mariborskega laboratorija za *in vitro* fertilizacijo? Da je Center za otroško dializo in transplantacijo v okviru Kliničnega oddelka za nefrologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana obeležil desetletnico svojega delovanja? Da je vodstvo murskosoboške bolnišnice Zavodu za zdravstveno zavarovanje zavrnilo podpis predloga pogodbe izvajanja programa zdravstvenih storitev za letošnje pogodbeno leto in vložilo zahtevo za arbitražni postopek? Da je Onkološki inštitut praznoval 70-letni jubilej? Da se je v decembru odvila 18. letna konferenca Fidesa, posvečena delovnim razmeram in finančnemu vrednotenju zdravnikov? Da je založba

Tompson Reuters Zdravniški vestnik - glasilo Slovenskega zdravniškega društva - uvrstila v najpomembnejšo svetovno znanstveno bazo Science Citation Index Expanded in Journal Citation Reports/Science Edition? In to je le delček decembrskega dogajanja v zdravstvu, ki je bilo predstavljeno tudi v medijih.

Seveda ne na prvih straneh ali v najbolj gledanih in poslušanih terminih, in seveda ne nujno v vseh medijih, ki jih spremljate tudi sami. Toda tudi za to medijsko pozornost so se zdravstvene ustanove morale potruditi.

Predpostavljamo, da ste kot zdravnik/zobozdravnik, ki posebej pozorno spremlja zdravstvene vsebine, v medijih zasledili nekatere izmed naštetih tem. Koliko pa jih je zasledil povprečen bralec/gledalec/poslušalec, če izvzamemo tragično zgodbo mladostnika? Tragično tudi zaradi javne izpostavljenosti vseh vpletenih, v prvi vrsti svojcev, ki si, ko so vstopali v medijsko dogajanje, zagotovo niso mogli predstavljati razsežnosti in posledic prenosa osebne bolečine v javni prostor, ki bolečine ne more odvzeti; le nahrani se z njo in jo praviloma poglobi in podaljša.

Zdravstvo in medicina – sodelovanje dveh različnih svetov

Medijski svet je pač svet ostrih kontrastov, dramatičnosti, vročih novic, zanimivih zgodb, konkurence, hitrih zaključkov. Medicina na drugi strani terja preudarnost, preverjanje in preverljivost, kontinuiteto, mirnost, predvidljivost, stabilnost, izogibanje nenadzorovanim situacijam in skrajnostim, sodelovanje. Skratka, mediji imajo radi kri, medicina brezhlebno zašito rano. Priča smo torej dokaj očitnim razlikam med obema profesionalnima svetovima, ki terjajo veliko dobronamernosti, spoštovanja različnosti ter pripravljenosti na kompromise na obeh straneh, če želimo v dobro javnosti in s ciljem sodelovanja preseči očitne konceptualne in pojmovne razlike.

Odgovornosti za »neuravnoteženo poročanje o zdravstvu« tako ni mogoče pripisati samo medijem, ki vsak dan znova tudi v zdravstvu iščejo zanimive teme in zaupanja vredne sogovornike. Smo jim pripravljeni stopiti naproti?

Ali zmoremo prepoznati potrebe medijev in jim, ko to potrebujejo oz. to potrebuje naša zdravstvena ustanova ali organizacija, zagotoviti ustrezne vsebine in sogovornike, upoštevajoč posebnosti posameznega medija? Ali znamo vsebine, ki so za nas pomembne, sporočiti v jeziku, ki ga bodo razumeli mediji in javnost? Ali smo pripravljeni pošteno, odprto in kontinuirano komunicirati z mediji, z njimi graditi partnerski odnos in vzpostavljati medsebojno zaupanje in spoštovanje?

Okrepimo medijsko odmevnost pozitivnih zdravstvenih vsebin

Dejstvo je, da bi bilo treba in mogoče bistveno bolj okrepiti medijsko odmevnost pozitivnih zdravstvenih vsebin. To lahko dosežemo, če

Novice Urednice za učinkovitejše komuniciranje v zdravstvu

Na brezplačne Novice Urednice, ki enkrat mesečno prinašajo na vaš elektronski naslov učinkovite nasvete s področja odnosov z javnostmi in komunikacijskih strategij v zdravstvu, se lahko naročite na spletni strani www.urednica.si.

poznamo in spoštujemo medijske potrebe in posebnosti, dinamiko in način novinarskega dela, predvsem pa, če si v odnosih z mediji prizadevamo za proaktivno komuniciranje.

Z zaupanja vrednimi sporočili in sogovorniki lahko tudi sami pomembno soustvarjate priložnosti za pozitivne medijske objave in posledično sooblikujete javno razpravo o zdravstvenih vsebinah, ki so pomembne za strokovno in laično javnost, hkrati pa utrjujejo

in krepijo ugled zdravniškega stanu. ■

Urednica.

Ureja odnose, komunikacije, publikacije...

Damjana Pondelek je direktorica podjetja Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o., specializiranega za odnose z javnostmi v zdravstvu.

Potrebujete nasvet? www.urednica.si // damjana.pondelek@urednica.si // 041/773540

Nastaja evropska mreža raziskovalcev in učiteljev komuniciranja v zdravstvu

Vabilo k sodelovanju

Vabimo zainteresirane udeležence z izkušnjami s področja poučevanja komuniciranja v zdravstvu, da se pridružijo skupini ekspertov znotraj tEACH in tako prispevajo svoje izkušnje, znanja in produkte. Podrobnejši način in vsebina sodelovanja v tej skupini bosta udeležencem predstavljena v italijanski Veroni 8. in 9. maja.

EACH – Evropsko društvo za komuniciranje v zdravstvu je interdisciplinarna neprofitna organizacija, ki že vrsto let povezuje zdravstvene delavce, raziskovalce, mentorje in učitelje, ki aktivno delujejo na področju komuniciranja v zdravstvu. Namen društva je prek izobraževanj in medsebojnega sodelovanja pospešiti izmenjavo informacij, znanj, idej za izboljšanje kakovosti komuniciranja v zdravstvenem varstvu. Društvo tesno sodeluje s sorodnim ameriškim združenjem AACH, s katerim je tudi sozaložnik znanstvene revije Patient Education and Counseling (faktor vpliva 1,8).

tEACH - Pri svojem prizadevanju po učinkovitem in sistematičnem izobraževanju s področja medosebnega komuniciranja vseh zdravstvenih delavcev je EACH ustanovil poseben odbor tEACH, znotraj katerega želi ustvariti mrežo raziskovalcev in učiteljev komuniciranja iz vseh evropskih držav. tEACH poziva vse evropske države k enotnemu pristopu pri izdelovanju učnih načrtov in naborov dobrih praks za poučevanje komuniciranja zdravnikov in drugih zdravstvenih strokovnjakov tako na dodiplomski kot podiplomski ravni.

V želji, da bi Slovenija sodelovala pri izdelavi tega programa, vabimo zainteresirane udeležence z izkušnjami s področja poučevanja komuniciranja v zdravstvu, da se pridružijo skupini ekspertov znotraj tEACH in tako prispevajo svoje izkušnje, znanja in produkte. Podrobnejši način in vsebina sodelovanja v tej skupini bosta udeležencem predstavljena v italijanski Veroni v petek in soboto, 8. in 9. maja 2009. Udeleženci se zavežejo, da se bodo v obdobju od leta 2009 do 2011 udeležili najmanj dveh sestankov na leto.

Zainteresirani udeleženci naj v prijavi navedejo ime in priimek, izobrazbo, področje dela, opis dosedanjih izkušenj s področja poučevanja komuniciranja (dodiplomski študij, podiplomski študij, vrsta študentov) ter kontaktne podatke. Prijavljenim udeležencem bomo poslali uradno vabilo k sodelovanju. Prijave, ki jih zbira Bolnišnica Golnik – KOPA, pošljite po elektronski pošti na naslov kopa.tajnistvo@klinika-golnik.si.

Več informacij o združenju EACH si lahko preberete na spletni strani: <http://www.each.nl> ■

Evropsko združenje za komuniciranje v zdravstvu



Evropski odbor za oftalmologijo pri UEMS

Letna skupščina in delovanje

Vlasta Štrumbelj

Evropski odbor za oftalmologijo (European Board of Ophthalmology – EBO) je delovna skupina specialistov oftalmologije, ki deluje kot sekcija evropskega združenja specialistov medicinske stroke (UEMS). EBO je bil ustanovljen leta 1992 v Londonu. Vsaka država EU ima dva delegata, ki ju predlaga nacionalno združenje oz. zbornica. Mandat delegata traja štiri leta, podaljša se lahko za dobo štirih let.

Glavni cilj EBO je postaviti najvišje standarde oskrbe pacientov na področju oftalmologije v EU z izboljšanjem in poenotenjem izobraževanja oftalmologov. Posebej se posveča izobraževanju specializantov. V ta namen je bila tudi izdana knjižica o specializaciji (Logbook and portfolio of ophthalmology). Vsako leto EBO podeljuje tudi štipendije za specializante in učitelje, ki jim omogoča izobraževanje v akreditiranih učnih centrih. Eden izmed 27 evropskih učnih centrov je od leta 2005 tudi Očesna klinika iz Ljubljane.

EBO vsako leto organizira evropski specialistični izpit (European Board of Ophthalmology Diploma – EBOD). Udeležuje se ga vse več kandidatov iz vse Evrope, v lanskem letu jih je bilo 283, ki jih je izpraševalo preko 150 profesorjev evropskega ugleda. S tem se dosega tako poenotenje znanja novih specialistov kot tudi poenotenje zahtev s strani izpraševalcev. V nekaterih državah (Švica, Belgija, Francija) je ta izpit nadomestil njihov državni specialistični izpit. Za to se odloča vse več držav. Tudi slovenski kandidati že nekaj let uspešno opravljajo ta izpit, v letošnjem letu se ga bo udeležilo osem naših kandidatov.

EBO sodeluje z nacionalnimi združenji in tudi z drugimi organizacijami na področju izobraževanja v oftalmologiji (EVER; EUPO; SOE), s katerimi je bil dosežen dogovor o oblikovanju skupnega spletnega portala na spletni strani EBO (www.ebo-online.org).

Letna skupščina EBO je potekala v Bruslju 22. novembra 2008.

Dosedanja predsednica prof. dr. Marie Jose Tassignon iz Belgije je poročala o aktivnostih EBO v preteklem letu. Poudarila je pomen

sodelovanja različnih organizacij na področju izobraževanja za poenotenje in dopolnjevanje programov in s tem doseganje višje ravni usposobljenosti. Predsedniki odborov za izobraževanje, izmenjavo specializantov in za stalno medicinsko izobraževanje (CME) so podali poročila o delovanju odborov. Odobrili smo 35 štipendij za specializante in 10 za učitelje v letu 2009. Opravili smo tudi volitve.

Za novega predsednika EBO za obdobje od 2009 do 2010 je bil izvoljen prof. dr. Marko Hawlina, ki je do sedaj vodil odbor za izmenjavo. Prihodnji predsednik (president-elect) in tudi predsednik odbora za akreditacije bo Wagih Aclimandos iz Velike Britanije, predsednica odbora za izobraževanje bo prof. dr. Catherine Creuzot Garcher iz Francije, blagajnik bo dr. Kirsten Baggesen z Danske, predsednik odbora za izmenjavo prof. dr. Vytautas Jasinskas ter predsednica odbora za stalno medicinsko izobraževanje dr. Gordana Sunarić Megevand iz Švice. Novi upravni odbor EBO se bo prvič sestel 14. februarja 2009 v Ljubljani in začrtal strategijo nadaljnega delovanja. ■



Mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji

Cirkonijeva oksidna keramika

Diana Terlevič Dabić

13. decembra 2008 je v Zagrebu na Hrvaškem potekal Mednarodni kongres novih tehnologij v stomatologiji. Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije se je z veseljem odzval prijaznemu povabilu pobudnika in glavnega organizatorja, Hrvaške stomatološke zbornice, k skupni organizaciji kongresa ter k sodelovanju zobozdravniških zbornic regije. Poleg hrvaške in slovenske zbornice sta v organizaciji kongresa sodelovali še Komora liječnika – doktora stomatologije federacije BiH in Stomatološka zbornica Makedonije. Za razliko od Slovenije so zobozdravniki v teh državah organizirani v svoje zobozdravniške zbornice, kar so navajali kot pozitivno izkušnjo.

Prijavljenih je bilo 1200 udeležencev, kar je rekordno število udeležencev na stomatoloških kongresih v tem prostoru. Že samo število udeležencev pove veliko o potrebi po organizaciji tovrstnih strokovnih kongresov pri nas. Za potrebe kongresa sta bili rezervirani dve nadstropji hotela Sheraton, predavanjem je bilo mogoče slediti v osrednji dvorani ali na videoprojekcijah v drugih dvoranah ter na plazma ekranih povsod po hotelu. Poudarek strokovnega dela kongresa je bil na kakovostni mednarodni zastopanosti predavateljev s področij stomatološke protetike, konzervative, parodontologije in implantologije.

Prvi predavatelj, dr. Gerhard Seeberger, izbrani predsednik Evropskega zobozdravniškega združenja (ERO), je predaval o bioloških dejavnikih in minimalnih invazivnih postopkih v implantološki stomatologiji. Prof. dr. Ivica Anić je predaval o estetskih dograditvah zob po endodontskem zdravljenju.

Slovensko stroko sta odlično predstavila prof. dr. Ljubo Marion s predavanjem »Y- T'ZP keramični

zatički, njihove lastnosti in indikacije« in asist. dr. Čedomir Oblak s predavanjem »Cirkonijeva oksidna keramika – klinična uporaba in njene lastnosti po laboratorijskem vrednotenju«. Doc. dr. Vlado Vankovski, predsednik Stomatološke zbornice Makedonije, pa je predstavil klinične in laboratorijske izkušnje s cirkonijem.

Med odmorom smo si lahko ogledali tudi bogato dentalno razstavo in se z novimi močmi vrnili na preostala zanimiva predavanja.

Ivoclar-Vivadent je na kongresu predstavljal dr. Martin Groten s predavanjem o estetskih vidikih klinične odločitve o uporabi keramičnih materialov in vrsti protetične rešitve. Dr. Martin Krainhofer je spregovoril o povezavi implantatov in cirkonija.

Dr. Florian Bauer je predaval o CAD/CAM in cirkonu, sodobnem razvoju, spremembah in tveganjih. Prof. dr. Sead Redžepagić nam je predstavil pogled na mesto cirkonija v stomatološki protetiki: kaj je realnost, kaj so možnosti in potrebe.

Tudi razstava plakatov - Poleg strokovnih in znanstvenoraziskovalnih predavanj, ki smo jim lahko prisluhnili udeleženci, smo si lahko ogledali tudi bogato razstavo plakatov s prika-

zom uporabe novih tehnologij v stomatologiji s področja stomatološke protetike, parodontologije in implantologije. Svoje prispevke so zelo uspešno predstavili tudi kolegi iz Slovenije. Nagrado za najboljši plakat na kongresu z naslovom »Pomen 3D-navigacije, predizdelane takojšnje začasne protetike in polnokeramične končne protetične rehabilitacije pri zahtevnem primeru delne brezobnosti« so prijeli slovenski avtorji: Janez Gorjanc, dr. dent. med., specializant oralne kirurgije, Boris Lokar, zobotehnik, asist. Matija Gorjanc, dr. med., dr. dent. med., specialist maksilofacialni kirurg.

Drugi del kongresa, v katerem so sodelovale delovne skupine zobozdravniških zbornic, je bil namenjen izmenjavi izkušenj in sodelovanju. Okrogle mize z naslovom »Prihodnost stomatološke stroke v regiji ter njena integracija v Evropski uniji« so se udeležili predstavniki zbornic, ki so sodelovale pri organizaciji kongresa, in dr. Gerhard Seeberger, predsednik ERO.

Z Zdravniške zbornice Slovenije sva se je udeležili Sabina Markoli, dr. dent. med., podpredsednica Zdravniške zbornice Slovenije, in Diana Terlevič Dabić, dr. dent. med., podpredsednica skupščine Zdravniške

zbornice Slovenije. Vsaka država je predstavila svoje izkušnje v povezavi s temo okrogle mize, zaključki pa bi lahko služili kot vodilo v nacionalnih programih zbornic ter prispevali tudi k sodelovanju regionalnih zbornic. Na različnost v trenutnem položaju zbornic nekdanjega jugoslovanskega prostora vpliva tudi nekaj zgodovinskih dejstev: od vojne do vključevanja v Evropsko unijo. Tako je Slovenija aktivna članica Sveta za zobozdravstvo EU (CED) in opazovalka pri CODE, Makedonija pa si želi v Svetovno zobozdravniško federacijo (FDI) in ERO. Del razprave smo zato namenili tudi potrebnemu sodelovanju in podpori zbornic bivšega jugoslovanskega prostora v mednarodnih organizacijah.



Od leve proti desni sedijo Hrvoje Pezo, dr. stom., predsednik Hrvatske stomatološke komore, prim. Edin Muhić, dr. stom., predsednik Komore liječnika-doktora stomatologije Federacije Bosne in Hercegovine, doc. dr. sc. Vlado Vankovski, dr. stom., predsednik Stomatološke komore na Makedonija, Diana Terlevič Dabić, dr. dent. med., podpredsednica skupščine Zdravniške zbornice Slovenije.



Diana Terlević Dabić, dr. dent. med., dr. Gerhard Seeberger, izbrani predsednik Evropskega zobozdravniškega združenja – ERO, Sabina Markoli, dr. dent. med.



Hrvoje Pezo, dr. dent. med., predsednik Hrvaške zobozdravniške zbornice, in Janez Gorjanc, dr. dent. med.

Za razliko od Slovenije so zobozdravniki v teh državah organizirani v svoje zobozdravniške zbornice, kar so navajali kot pozitivno izkušnjo.

Sodelovali smo torej na zelo uspešnem kon-

gresu, ki je ponovno dokazal, da strokovno sodelovanje ne pozna meja. Dva kongresna dneva v Zagrebu sta bila izjemno delovna, polna novih informacij, idej o sodelovanju in prijetnega druženja s kolegi nekdanje skupne države.

Zadovoljni z opravljenim delom smo se strinjali, da so naši skupni kongresi odlično stičišče različnih pogledov, kjer pa je vselej v ospredju strokovnost. ■

Mednarodni zobozdravstveni simpozij na Bavarskem

Miha Brezavšček, Bojan Brezavšček

Mestece Bad Wiessee ob jezeru Tegernsee na Bavarskem je bilo od 22. do 24. maja 2008 prizorišče četrtega mednarodnega spomladanskega simpozija DZÄG (Deutsche Gesellschaft für Ästhetische Zahnheilkunde), ki ga je slednji organiziral skupaj z ameriškim Seattle Study Club (SSC). Delovni naslov kongresa je bil »Interdisciplinary treatment planning - state of the art of modern dentistry«.

Dobrodošlico in uspešno delo je udeležencem zaželel dr. Siegfried Marquardt, podpredsednik DGÄZ in glavni organizator tega srečanja. Predstavil nam je program tridnevnega srečanja in se ob tem zahvalil SSC za sodelovanje pri oblikovanju programa, predvsem pa za aktivno udeležbo njihovih članov na kongresu.

Za njim je dr. Michael Cohen, ustanovitelj

in predsednik znamenitega SSC, predstavil nastanek, razvoj in organizacijo tega združenja, ki ima danes že preko dvesto pobratenih klubov, večinoma v ZDA in Kanadi. Bistvo in filozofija kluba je druženje zobozdravnikov različnih specialnosti zaradi izmenjave idej, znanja in izkušenj, z namenom čim boljše interdisciplinarne obravnave pacienta. To je bilo tudi vodilo pri oblikovanju programa tega tridnevnega kongresa.

Implantati - Okoli petsto udeležencev je nestrpno pričakalo prva predavateljica, dr. Sonio Leziy in dr. Brahma Millerja. V skupnem predavanju sta opredelila sedem dejavnikov, ki vplivajo na postavitve implantatov v sprednjem sektorju z namenom doseči čim boljše estetsko integracijo protetičnega nadomestka. Predstavila sta zaporedje kirurških in protetičnih tehnik za doseg stabilnosti obzobnih mehkih tkiv ter

ohranitev ali ponovno vzpostavitev interdentalne papile po nadomestitvi manjkajočih zob z implantati. Predstavljeni primeri so potrdili uspešnost njunega sodelovanja.

Korekcija neprivlačnega nasmeha - Po kratkem premoru je nastopil prof. dr. Vincent Kokich. V približno štiri ure trajajočem predavanju »Korekcija neprivlačnega nasmeha« je najprej predstavil estetske parametre, po katerih ovrednotimo videz nasmeha. Na podlagi znane študije je pokazal, kolikšna morajo biti odstopanja od normalnih vrednosti, da jih opazimo zobozdravniki, in kdaj postanejo ta odstopanja moteča tudi za laike ter se pojavi želja po njihovi korekciji. Takšne motnje so: premik središčnice, neustrezna dolžina ali širina zobnih kron in neustrezna oblika oz. odsotnost interdentalnih papil. Poudaril je diagnostične postopke, s pomočjo katerih se odločimo, ali

bo korekcija ortodontska, kirurška, protetična ali kombinirana. Predavanje je zaključil s problematiko intenzivne koreninske resorpcije po ortodontskem zdravljenju. Kakšni so vzroki, kako se jim izognemo? Kakšna je prognoza takšnih zob in kako pristopimo k oskrbi takšnih pacientov? Predavanje je podkrepil s prikazom različnih kliničnih primerov.

S predavanjem dr. Kokicha se je končal prvi dan kongresa. V razstavnem prostoru so organizatorji pripravili »welcome party«, kjer smo udeleženci poklepetali ali predebatirali ravnokar slišano, ali pa se razgledali po izdelkih in novostih, ki so nam jih ponujali proizvajalci zobozdravstvene opreme.

Estetska analiza - Petkov sklop predavanj je pričel dr. Gerard J.Chiche. V predavanju z naslovom »Natural vs. perfect esthetics« je poudaril pomen estetske analize pred pričetkom rehabilitacije pacienta. Po postavitvi diagnoze poteka rehabilitacija naprej po določenih postopkih, ki so pomembni, da dosežemo uspešno končno delo. To so navosk, mock-up in njegova ocena, izdelava provizorija, ocena provizorija z estetskega in funkcionalnega vidika ter prenos stanja v končno delo. Na kliničnih primerih je pokazal, kako izberemo najustreznejši porcelanski sistem in kateri način cementiranja je najbolj primeren za posamezni sistem.

V nadaljevanju je dr. Mauro Fradeani prikazal svoj pristop pri izvedbi ekstenzivnih rehabilitacij v ustni votlini. Podal je sistematični pregled postopkov za estetsko, biološko in funkcionalno integracijo fiksnoprotetičnega izdelka pri najzahtevnejših rehabilitacijah. V predavanju je dejansko povzel vsebino nedavno izdanega drugega dela svoje knjige *Estetska rehabilitacija v fiksni protetiki – Protetični postopki*.

Predavatelj je prikazal celoten potek takšne rehabilitacije, kjer so pomembni vsi naštetih postopki: pravilna registracija z obraznim lokom, ustrezne metode za registracijo medčeljustnih odnosov, pomen provizoričnih restavracij in njihova izdelava, popolna biološka integracija provizorija ter prenos s provizorijem pridobljenega stanja v laboratorij za izdelavo končnega dela. Tudi dr. Fradeani je zaključil z napotki, kako izbrati ustrezno porcelansko metodo za posamezni primer.

Petkov popoldan so izpolnila predavanja sponzorskih podjetij.

Implantati v vidnem sektorju - Sobotni program je pričel s predavanjem dr. Stefano Gracis. V predavanju »Protetični vidiki postavitve implantatov v vidnem sektorju« je prikazal problematiko nepravilne postavitve implantatov ter težav, ki nastanejo pri protetični nadgradnji takih implantatov. Dr. Gracis je na

kliničnih primerih pokazal, kako pomembno je predkirurško načrtovanje in kakšne omejitve predstavlja protetiku pri protetični nadgradnji nepravilna lega implantata v mezo-distalni, buko-lingvalni ter apiko-koronarni smeri. Pri oskrbi takšnih pacientov mora protetik sprejeti določene kompromise, ki pa po navadi ne pri našajo zadovoljivega estetskega videza.

Rekonstruktivna stomatologija - Prof. dr. Uls Belser je nadaljeval s predavanjem »Update on reconstructive dentistry – with special emphasis on the rehabilitation of the compromised anterior dentition«.

V svojem predavanju je povzel vse teme po malem in dodal še svoj pogled na današnje možnosti rekonstruktivne stomatologije. Poudaril je, da se v zadnjih letih spekter indikacij za prevleke in mostičke kontinuirano zmanjšuje. Nove adhezivne tehnike so vedno bolj izpopolnjene in omogočajo minimalne preparacije zobne substance. Takšni novi pristopi temeljijo na biomimetskih načelih. Tudi izpopolnjeni implantatni sistemi in metode vedno bolj izpodrivajo mostičke, kar omogoča ohranitev zob ob vrzeli. Predavatelj je izpostavil, kako nujno je pri izbiri terapije zoba, zob ali zobnih vrzeli poznati z dokazi podprte (evidence-based) parametre in klinične kriterije, da izberemo pravo metodo zdravljenja. Le tako dosežemo dober funkcionalni in estetski učinek pri posameznem pacientu. Poudaril je pomembnost dobre diagnostike, poznavanje estetskih vidikov in sledenje novostim na področju stroke.

Predavanje je dopolnil s predstavitvijo restavrativnih tehnik, raznih trikov in nasvetov s področja adhezije, ter »step by step« prikazom nove metode za izdelavo konzervativnih adhezivnih restavracij.

Interdisciplinarni pristop do zdravljenja - V popoldanskem delu je potekala razprava med dvema skupinama strokovnjakov, zbranih v »Team America« in »Team Europe«. Namen razprave je bil prikaz interdisciplinarnega pristopa pri zdravljenju pacienta in izdelava »case planing« kliničnega primera. V »Team America« so bili ortodont dr. Ward M. Smalley, parodontolog dr. George V. Duello in protetik dr. Christopher B. Marchack. »Team Europa« sta predstavljala protetik prof. Markus B. Hurzeler in parodontolog dr. Otto Zuhr. Pred razpravo je bil udeležencem predstavljen klinični primer pacientke srednjih let. Podana je bila izčrpna diagnostika, ki je vsebovala anamnezo, natančen klinični status, psihološki oris pacientke ter različne rentgenske preiskave. Pokazali so nam tudi videoposnetek intervjuja s pacientko, iz katerega je bilo razvidno njeno nezadovoljstvo s stanjem njenega oralnega statusa. Po

predstavitvi kliničnih podatkov so stališča o načinu rehabilitacije najprej predstavili člani ameriške, nato pa člana evropske skupine. Obe skupini sta predstavili več različnih možnosti zdravljenja z obrazložitvijo, katere izmed njih bi bile najbolj primerne. Ugotovitve in predlogi rehabilitacij obeh skupin so bili precej podobni. Ker pacientkino stanje ni bilo zelo slabo, sta bili obe skupini naklonjeni konzervativnemu pristopu z ohranitvijo skoraj vseh obstoječih zob, s kirurškim zdravljenjem parodontalne bolezni, nekaj ortodontske terapije ter izdelavo restavracij predvsem v fronti.

Etičnost posega - V odmoru smo nestrpno čakali na predhodno napovedano rešitev, ki je bila tudi izvedena že pred pričetkom seminarja. Na veliko presenečenje navzočih je dr. Duello predstavil popolnoma novo rešitev, ki je bila povsem v nasprotju s prvotnimi variantami zdravljenja: pacientki so ekstrahirali vse zobe v zgornji in spodnji čeljusti ter jih nadomestili z implantati. Med poslušalci je od presenečenja in ogorčenja završalo. Seveda je temu sledila zelo živa razprava med poslušalci in predavatelji. Ameriška skupina je poskušal utemeljiti razloge, zaradi katerih so se odločili za takšen poseg, vendar so jim kljub temu mnogi nasprotovali. Veliko je bilo govora o etičnosti njihove odločitve in o tem, ali je bolje v takih primerih, kljub strinjanju pacienta, takšno zdravljenje odkloniti.

S to burno razpravo se je tudi zaključil tridnevni simpozij ob Tegersee. V treh dneh se je na odru zvrstilo nekaj svetovno znanih strokovnjakov z različnih področij stomatologije, ki so ob predstavitvi vrhunskih storitev poudarjali predvsem pomen interdisciplinarnega sodelovanja. Prav izmenjava izkušenj, razprava in pomoč med kolegi nam dajejo možnost, da se učimo drug od drugega in s tem bogatimo svoje strokovno znanje, ki nam je v pomoč in nam zagotavlja uspeh pri našem delu.

Ponovno smo se ob poslušanju teh predavanj prepričali o nujnosti izdelave navoska v vseh zahtevnejših primerih protetične rehabilitacije ter o potrebi po izdelavi provizorija na podlagi takšne modelacije. Šele po estetski, funkcionalni in biološki integraciji provizorija dobimo ustrezno vodilo za oblikovanje končnega izdelka.

Opozorilo na slovenske razmere: Brez navoska in provizorične oskrbe je izvedba korektna rehabilitacija nemogoča - Na žalost leta 1982 sprejeta normativna knjiga zdravstvene zavarovalnice teh diagnostičnih metod ne priznava in tako slovenskemu stomatologu ne omogoča dela po sodobnih svetovnih smernicah pri oskrbi zavarovancev. To je velik hendikep, saj je brez navoska in provizorične oskrbe izvedba korektna rehabilitacija nemogoča. ■

80 let bolnišnične ginekologije in porodništva v Mariboru

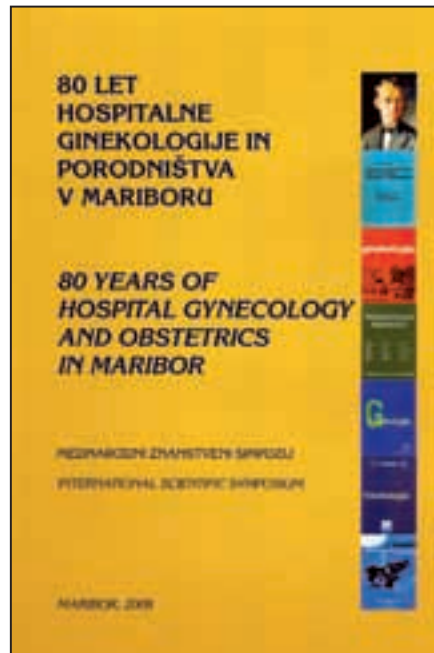
Mednarodni znanstveni simpozij

Peter Stražar

V prihodnje je želeti nadaljevanje strokovnega, pedagoškega in znanstvenoraziskovalnega dela, kot v vseh osmih desetletjih doslej, ter čim več podobnih strokovnih srečanj.

V sredini meseca oktobra lani so se oči slovenskih ginekologov ponovno uzrle proti severovzhodu Slovenije, saj smo na naši kliniki obhajali častitljivo obletnico. Odvijal se je mednarodni znanstveni simpozij v počastitev osmih desetletij delovanja bolnišnične ginekologije in porodništva v Mariboru. Ni pa pridrvela taka množica ginekologov le na odlično vzdušje in hrano, ki nas vedno pričakata ob organizaciji takšnih dogodkov pod Pohorjem, ampak so bila za to zaslužna tudi odmevna imena domačih in tujih vabljenih predavateljev, ki so se odzvali povabilu organizatorjev.

Začetno predavanje je imela prof. dr. Helena Meden Vrtovec, ki je navzoče seznanila z dejstvom, da odlaganje prve nosečnosti v pozno rodno obdobje ginekologe sooča z novo generacijo žensk, ki ustvarja večji delež ženske neplodnosti zaradi večje starosti, in z novimi načini odkrivanja rezerve jajčnikov.



Gost iz bližnjega Gradca, prof. dr. Wolfgang Urdl, nam je predaval o sindromu policističnih jajčnikov, možnih spremljajočih stanjih in terapiji. Njegova sodelavca sta predavala o

sodobnem varstvu v porodni sobi, ki niti približno ni več le babiška pomoč pri vaginalnem porodu in zdravniška pomoč pri operativnem porodu, ampak obsega obsežno področje izpolnjevanja pričakovanj matere oz. staršev, forenzičnih in ekonomskih vidikov, kakor tudi možnosti, da porodnišnica poskrbi za oskrbo zapletov, ki se pojavljajo pri posameznih skupinah bolnic, in o zdravljenju raka jajčnikov ter njihovih izkušnjah z različnimi načini zdravljenja.

Gosta iz Hrvaške, doc. dr. Miroslav Kopyar in prof. dr. Herman Haller, sta govorila o najpogostejših patoloških procesih, ugotovljenih med diagnostično laparoskopijo in histeroskopijo, ter o kirurškem zdravljenju raka endometrija.

Med ostalimi zelo zanimivimi predavanji smo slišali marsikaj o slovenski zakonodaji o oploditvi z biomedicinsko pomočjo (OBMP), o alternativnih možnostih poroda, akutnih stanjih v porodni sobi, kirurškem zdravljenju urinske inkontinence pri ženskah in o relativnosti tveganja za zboleznost in umrljivost novorojenčkov različnih gestacijskih starosti. V nadaljevanju so organizatorji predstavili svoje delo s področja OBMP. Prof. dr. Veljko Vlasisavljevič je predstavil uspešnost OBMP v Mariboru in podal statistični pogled svojega življenjskega dela.



Zanimanje so pritegnila tudi predavanja, ki so se nanašala na ginekološko onkologijo. V sklopu teh predavanj sta predavala dva že zgoraj omenjena gosta iz tujine, domači strokovnjaki pa so predstavili naslednje teme:

Minimalno invazivno zdravljenje benignih tumorjev maternice; predavateljica je izpostavila predvsem histeroskopsko in laparoskopsko odstranjevanje miomov v primerjavi z vedno redkejšo operativno terapijo, odstranitvijo maternice.

Statistiko ginekoloških rakov in pretresljivi podatek, da ginekološki raki, skupaj z rakom dojke, predstavljajo 36 odstotkov vseh rakavih boleznih pri ženskah.

Za klinike težje razumljiva, a nič manj za-

nimiva predavanja o vplivu spolnih hormonov na raka endometrija in dojke ter o novih odkritjih s področja genetike in vpliva določenih genov na malignost rakov.

Znanstveni simpozij sta s svojimi predavanji zaokrožila domača predavatelja izpod Pohorja. Dr. Darja Arko je predstavila delo na oddelku v UKC Maribor, kjer poskušajo dohajati vedno večje število bolnic, saj obravnave le-teh iz leta v leto hitro naraščajo, doc. dr. Borut Kovačič pa je zaključil s predavanjem o shranjevanju spolnih celic pred zdravljenjem raka. Neplodnost je namreč pogost stranski učinek zdravljenja raka.

Predavanja so imela topel odziv med poslušalci, skoraj tako, kot je bila vroča debata

po njih. Ob jubileju smo izdali obsežno publikacijo, v kateri je urednik prof. dr. Takač zbral zgodovino naše klinike od njenih temeljev do »sedanjega izgleda«. V njej najdemo tudi vsa predavanja tega simpozija, kot posledek pa fotografije mnogih zaposlenih na naši kliniki.

Hkrati s simpozijem zdravnikov je potekalo tudi srečanje medicinskih sester in babic, ki so poslušale predavanja o novih dognanjih in metodah dela s svojega področja znanosti.

V prihodnje si lahko samo še želimo nadaljevanje strokovnega, pedagoškega in znanstvenoraziskovalnega dela, kot v vseh osmih desetletjih doslej, ter čim več podobnih srečanj, kjer si bodo strokovnjaki izmenjevali spoznanja in novosti. ■

Tretje strokovno srečanje Evropskega združenja za koloproktologijo (ESCP)

Pavle Košorok

Evropa ima enovito organizacijo, ki bo nedvomno prispevala k dvigu kakovosti in oblikovanju doktrine na področju zdravljenja kolorektalnih bolezni. V času od 24. do 27. septembra lani je bilo v Nantes tretje srečanje Evropskega združenja za koloproktologijo (ESCP). Ta organizacija je nastala z združitvijo dveh predhodnih evropskih organizacij – Evropskega sveta za koloproktologijo (European council of CP) in Evropske zveze za koloproktologijo (European association of CP). Srečanja te vrste so pomembna priložnost za izmenjavo izkušenj s področja kolorektalne kirurgije, ki je predvsem v anglosaškem svetu že samostojna specialnost, pri nas pa to šele postaja in je potrebno še precej potrpljenja in prepričevanja, da bi bil ta pristop sprejet kot najboljša rešitev.

Srečanje je bilo že tretje po vrsti. V sedANJI organizacijski obliki je primerljivo z American Society of Coloproctology, ki ima v ZDA zelo velik vpliv na strokovnost in standarde novonastajajoče specialnosti – koloproktologije.

Intenzivni tridnevni program - Sestanek je zajemal intenzivni tridnevni program, ki je potekal v več sekcijah. Glavna dvorana je gostila najbolj prestižne predavatelje in se dotaknila najbolj aktualnih tem. Med te prav gotovo spada patologija medeničnega dna. S tem se je kongres tudi začel. Bruno Roche, ki je nasledil znamenitega Marca Clauda Martija na Univerzitetni kliniki v Ženevi, se veliko ukvarja s to problematiko. Predstavil je totalno rekonstrukcijo medeničnega dna. Drugi so se dotaknili posameznih delnih rešitev. Bernard Jacquetin je predstavil svoje izkušnje z zdravljenjem rektokele, kjer uporablja mrežico. Mario Trompetto iz Italije pa je govoril o notranjem prolapsu rektuma, ki ga je mogoče operirati s tehniko, ki jo je predlagal Delorme in pri kateri mukozektomijo naredimo intraluminalno.

Tudi pri koloproktoloških operacijah prihaja do kooperativnih kil, med katerimi je najbolj neprijetna parastomalna kila. Ta problem je bil obdelan v posebnem sklopu predavanj. V tehniki operiranja kolorektalnega karcinoma so še vedno razhajanja o prednostih odprtga in zaprtega operiranja. Predstavitev in soočenje različnih zagovornikov je bilo koristno in poučno.

Zdravljenje jetrnih metastaz kolorektalnega karcinoma je smiselno in je predmet posebne doktrine, ki je bila predstavljena v posebnem ključnem predavanju (Giulio Belli – Italija). Na to problematiko se vsekakor veže tudi uporaba bioloških zdravil. V posebnem satelitskem simpoziju je bila predstavljena uporaba endoluminalnega ultrazvoka pri odločanju o strategiji kirurškega zdravljenja.

Tudi v kolorektalni kirurgiji je pomembno skrajševanje hospitalizacije. Predstavljene so bile španske izkušnje hitrega odpuščanja (fast track) po posegih na širokem črevesu.

Spuščeno medenično dno je resen problem, zaradi katerega prihaja do različne patologije, ki zajema predvsem funkcionalne težave (zaprtje, inkontinenca). Industrija je zaslugi velike možnosti ravno zato, ker je patologija te vrste zelo pogosta. Ob Antoniu Longu se je razvil drugi italijanski izvedenec za zdravljenje te patologije s pomočjo mehanskega spenjalnika, ki je uvedel tehniko STARR (Stapled Trans Anal Rectal Resection). V satelitskem simpoziju, kjer so sodelovali kirurgi z največ izkušnjami s tega področja, so bili predstavljeni rezultati najnovejših tehnik in primerjava med PPH in Contour – Transtar aparatom.

Poseben izziv je endoskopsko operiranje skozi naravne odprtine (usta, vagina), kar postaja aktualno tudi za kolorektalno kirurgijo. V sklopu »Nove tehnike« so bile predstavljene eksperimentalne operacije na živalih s tega področja, ki so med udeleženci izzvale polemične razprave.

Poseben sklop predavanj je zajel neoadjuvantno zdravljenje kolorektalnega karcinoma, v katerega je vključeno tudi biološko zdravljenje. Posebno vprašanje je, ali je ob kompletnem odgovoru na biološko zdravljenje kirurgija še potrebna?

V tematskih simpozijih so bile obdelane še teme, ki se dotikajo prav tega – kirurgija pri recidivu rektalnega karcinoma. Tako kot pri nas program SVIT, se tudi v posameznih evropskih državah pojavljajo nacionalni programi, ki ne zajemajo samo zgodnjega odkrivanja, ampak skušajo predlagati celovito shemo zdravljenja kolorektalnega karcinoma (Arne Wibe – Norveška).

V simpoziju o funkcionalni patologiji so bili predstavljeni rezultati zdravljenja zaprtja in inkontinence s sakralno nevrostimulacijo. Nekaj poskusov zdravljenja na ta način je

opisanih tudi pri iritabilnem kolonu (Lilli Lundby – Danska). V tem sklopu predavanj so bila tudi poročila o dolgoročnih rezultatih tehnike STARR in o sredstvih, ki se uporabljajo kot polnila za pomoč bolnikom z inkontinenco.

Med šestimi najboljšimi prispevki so bili predstavljeni rezultati sakralne živčne stimulacije za težko fekalno inkontinenco, enoletni rezultati evropske multicentrične študije transanalne resekcije (STARR), rezultati prospektivne študije uporabe metronidazola pri perianalni Crohnovi bolezni. Še vedno je aktualna lokalna radiacija zgodnjega rektalnega karcinoma. Predstavljena je bila dvajsetletna izkušnja ene same ustanove (D. Christoforidis – ZDA). Med izbranimi najboljšimi prispevki je bila predstavljena tudi prospektivna multicentrična študija različnih shem radioterapije pri zdravljenju rektalnega karcinoma. Novost pri zdravljenju perianalnih fistul je fistulni čep, ki se je v nekaterih primerih izkazal kot koristen.

Med primeri kolorektalne urgence je bila obravnavana patologija obstrukcije, poškodb ter ishemije in perforacije.

Vzporedno dogajanje je teklo v dveh drugih dvoranih in je zajemalo individualna poročila in izkušnje s področja vodilnih tem, ki so bile predstavljene v glavni kongresni dvorani.

Srečanja te vrste so pomembna priložnost za izmenjavo izkušenj s področja kolorektalne kirurgije, ki je predvsem v anglosaškem svetu že samostojna specialnost, pri nas pa to šele postaja in je potrebno še precej potrpljenja in prepričevanja, da bi bil ta pristop sprejet kot najboljša rešitev.

Slovenija ima z evropskim združenjem za koloproktologijo dobre odnose še iz časov, ko sta obstajali dve združenji. EACP je pokrival bolj anglosaške in skandinavske dežele, ECCP pa kontinentalno Evropo. Ob novih političnih dogajanjih je pametno, da ima Evropa enovito organizacijo, ki bo nedvomno prispevala k dvigu kakovosti in oblikovanju doktrine na področju zdravljenja kolorektalnih bolezni. Na volitvah so se menjali nacionalni predstavniki, ki se jim je iztekel mandat. Dosedanjega predstavnika Slovenije doc. dr. Pavleta Košoroča je zamenjal prof. dr. Mirko Omejc, ki bo v naslednjem mandatu skrbel za prenos izkušenj evropskega združenja v Slovenijo. ■

Razsejani rak debelega črevesa in danke

Prvi mariborski onkološki dan

Mirko Omejc

Težišče tega enodnevnega simpozija je bilo posvečeno diagnostičnim in terapevtskim postopkom pri bolnikih z razsejanim rakom debelega črevesa in danke. Žal je pri skoraj tretjini bolnikov ob diagnozi primarnega tumorja bolezen že v napredovali, razsejani fazi. Najpogosteje gre za razsejanost bolezni v jetra, pljuča in po peritoneju. Hkrati z naporom, ki jih v zadnjem času v Sloveniji usmerjamo v zgodnje odkrivanje te vrste raka, je treba z isto mero pristopiti k zdravljenju bolnikov v razsejani fazi. Sodobno zdravljenje takšnih bolnikov postaja vedno bolj prilagojeno posameznemu bolniku in je skupen projekt kirurga, internista onkologa in onkologa radioterapevta v sodelovanju z radiologi in gastroenterologi ter tudi specialisti drugih strok. To multimodalno individualizirano zdravljenje je temelj uspešnega zdravljenja bolnikov z razsejanim rakom debelega črevesa in danke.

Strokovni simpozij, poimenovan 1. mariborski onkološki dan, ki je potekal v hotelu Betnava v Mariboru v petek, 21. novembra 2008, so organizirali Kirurška klinika, Oddelek za abdominalno in splošno kirurgijo, UKC Maribor, Kirurška katedra Medicinske fakultete Univerze v Mariboru, Oddelek za internistično onkologijo in Oddelek za

radioterapijo, Onkološki inštitut Ljubljana in HPB-sekcija pri Slovenskem združenju za gastroenterologijo in hepatologijo.

Epidemiologija in diagnostika - Prvi sklop predavanj je bil namenjen epidemiologiji in diagnostiki raka debelega črevesa in danke. Podobno kakor v ostalem zahodnem svetu, je rak debelega črevesa in danke tudi v Sloveniji

v porastu. Ključnega pomena za izboljšanje preživetja je zgodnja diagnostika. Odkrivanje dednih sprememb, ki predstavljajo višje tveganje za rak debelega črevesa in danke, ter zgodnje odkritje in odstranitev predmalignih sprememb sluznice črevesa znižuje pojavnost raka črevesa, omogoča pa tudi daljše preživetje bolnikom, ki jim ugotovimo zgodnjo, lokalno zamejeno obliko raka. Pri napredovalem raku je

za individualizirano multimodalno zdravljenje napredovalega primarnega tumorja in jetrnih metastaz pomembna sodobna rentgenološka zamejitev bolezni, ki vključuje tudi NMR-preiskavo, ki bi morala biti dostopna vsem. Le s takim pristopom je ob pravilni kirurški tehniki kolorektalne kirurgije mogoče zmanjšati delež lokalnih ponovitev in izboljšati preživetje. Za ugotavljanje ponovitve bolezni, ugotavljanje primarne razširjenosti bolezni, kadar so že ugotovljene metastaze ali je postavljen sum na močno napredovalo bolezen in v posameznih primerih za kontrolo učinkovitosti zdravljenja je indicirana FDG PET/RT-preiskava.

Zdravljenje razsejanega raka - Naslednji sklop predavanj je bil namenjen zdravljenju razsejanega raka. Nova spoznanja s področja fiziologije regeneracije jetrnega tkiva po resekcijah, izboljšanje operativne tehnike, dobra pooperativna intenzivna nega in ustrezno vodenje teh bolnikov po operaciji so v zadnjih 15 letih s kirurškega vidika odprli nove možnosti zdravljenja bolnikov z metastazami v jetrih, pljučih in peritoneju. Zdravljenje jetrnih metastaz postaja multidisciplinarno in multimodalno. Ablativne tehnike (radiofrekvenčna ablacija, krioterapija itd.), kot tudi dvostopenjska hepatektomija s portalno embolizacijo so razširile potencialno kurativne pristope jetrne kirurgije. Kirurška resekcija še vedno ostaja najboljša metoda

zdravljenja bolnikov z jetrnimi zasevki zaradi kolorektalnega raka. Interdisciplinarni pristop omogoča razširjene jetrne resekcije in večje število kurativnih resekcij. Tudi ponavljajoče se hepatektomije bolnikov z metakronimi jetrnimi zasevki so se izkazale za varne in zagotavljajo enake možnosti preživetja kot primarne jetrne resekcije. Prav tako imajo izboljšano dolgoletno preživetje bolniki, pri katerih je mogoče odstraniti pljučne zasevke v zdravo, v primerjavi s tistimi bolniki, ki za tak poseg niso primerni.

Pri izbranih bolnikih in določenih vrstah tumorja s prisotnim razsojem po peritoneju lahko citoreduktivna kirurgija in hipertermična intraperitonealna kemoterapija privedeta do izboljšane prognoze in dolgoročnega preživetja.

Za bolnike, pri katerih obolenje ni več kirurško odstranljivo, so v zadnjem času na voljo vedno učinkovitejša zdravila. To so citostatiki in tarčna zdravila, ki kot monoterapija ali v kombinaciji značilno podaljšajo preživetje bolnikov s kirurško neodstranljivimi zasevki v jetrih pri več kot 60 odstotkih bolnikov, pri 10 do 20 odstotkih takšnih bolnikov pa je celo moč pričakovati, da bodo zasevki postali kirurško odstranljivi. Pomembna novost je določanje mutacij na genu KRAS. Za kolorektalni rak je gen KRAS prvi biomarker, ki

napoveduje, kako se bodo bolniki odzvali na določena zdravljenja.

Čeprav želimo pri zdravljenju rakavih bolnikov doseči takšen učinek zdravljenja, da raka ne bo več, se hkrati zavedamo, da to pri vseh bolnikih ne bo mogoče. Obseg bolezni bomo pri nekaterih bolnikih lahko samo zmanjšali ali pa se bo bolezen po domnevno radikalnem zdravljenju po prehodnem obdobju brez bolezni ponovila. Bolnikom, pri katerih dolgoročno nismo uspeli doseči stanja brez raka, moramo zagotoviti čim daljše možno preživetje ob dobri kakovosti življenja. Cilj prizadevanj zdravnika družinske medicine je največje možno izboljšanje kakovosti bolnikovega življenja, podpora in pomoč družini in njegovim bližnjim, ki se skupaj z bolnikom soočajo s problemi neozdravljive bolezni.

Vzporedna simpozija - O zanimanju za ta simpozij največ pove dejstvo, da sta na isti dan kot 1. mariborski onkološki dan potekala še dva simpozija, namenjena podobni ciljni populaciji, splošnim in abdominalnim kirurgom, vendar je bila kongresna dvorana hotela Betnava premajhna za vse, ki bi se radi udeležili predavanj in živahnih razprav. Organizatorji zaslužijo priznanje in čestitke za ta simpozij, saj je bil to zagotovo eden najbolje pripravljenih simpozijev s področja zdravljenja raka debelega črevesa in danke pri nas. ■

13. Čelešnikovi dnevi

Eva Trpin

Zbrali smo se 29. novembra 2008 na zasneženem Brdu pri Kranju, kjer so se odvijali že 13. Čelešnikovi dnevi in 10. seminar ZMOKS. Srečanje je bilo posvečeno profesorju Francu Čelešniku (1911–1973), ki je bil oče in ustanovitelj slovenske maksilofacialne kirurgije. Srečanje je organiziral Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Ljubljani in Združenjem za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije (ZMOKS).

D iagnostični postopki v področju glave in vratu - Tema letošnjega srečanja so bili sodobni diagnostični postopki v področju glave in vratu, ki nam pomagajo pri prepoznavanju bolezni, določanju njenega obsega in tudi pri načrtovanju ustreznega zdravljenja. Poseben poudarek je bil namenjen sodobnim slikovnim metodam, ki se bliskovito razvijajo hkrati z razvojem računalniške tehnologije in že postajajo nepogrešljive pri vsakdanjem delu. Podrobno so bile predstavljene rentgenske diagnostične metode, ki jih sicer vsakodnevno uporabljamo, vendar včasih ne znamo dovolj izkoristiti njihove upo-

rabnosti. Dobra anamneza in natančen klinični pregled ostajata temeljna postopka in osnova za obravnavo vsakega bolnika.

Po uvodnem pozdravu, nagovoru in kratki zgodovini maksilofacialne kirurgije je doc. dr. Andrej Kansky, predstojnik Kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana, pozdravil častna člana ZMOKS prof. dr. Bredo Pečan in prof. dr. Marjana Jurco.

Srečanje se je pričelo s preglednim in slikovitim predavanjem svetovno znanega onkologa glave in vratu prof. dr. Miša Viraga,

predstojnika Klinike za maksilofacialno kirurgijo Bolnišnice Dubrava v Zagrebu, ki je pregledno predstavil različne diagnostične metode, od zelo starih in poceni do najnovejših preiskav, in prvi izpostavil dejstvo, kako pomembna ostajata natančna anamneza in klinični pregled. Opis slovenskih razmer in stanja bolnikov z rakom glave in vratu je Vojko Didanovič dopolnil s spektrom modernih diagnostičnih preiskav, ki pomagajo opredeliti razširjenost rakave bolezni in s tem vplivajo na vrsto operacije in kakovost življenja operiranih bolnikov. Zbrane je opozoril, da je pri sumljivi spremembi v ustni votlini vedno potrebno pomisliti na maligno bolezen. Doc. dr. Andrej Kansky je predstavil pomembno novost pri načrtovanju rekonstrukcij obraza po mutilantnih onkoloških operacijah, hudih panfacialnih poškodbah in prirojenih ali pridobljenih nepravilnostih obraza s pomočjo tridimenzionalnih modelov. Napredek diagnostike pri bolnikih s prirojenimi nepravilnostmi obraza, med katerimi so najpogostejše shize, se kaže predvsem z natančnejšim ultrazvočnim prenatalnim odkrivanjem in z razvojem novih genetskih preiskav, kar hkrati poraja tudi nove etične dileme in odločitve, je izpostavila prof. dr. Vesna Koželj. Razvoj ortognatske kirurgije in ortodontije vodi v smer raziskovanja in analiziranja mehkih tkiv, zato se razvijajo tudi nova digitalizirana slikanja obraza s foto in laserskimi kamerami, nam je v slikovitem predavanju povedala doc. dr. Nataša Ihan Hren.

Predstojnik Kliničnega oddelka za kranio maksilofacialno kirurgijo Univerzitetne bolnišnice Basel in Kantonske bolnišnice Aarau (Švica) prof. dr. Hans Florian Zeilhofer je leta 2004 ustanovil znanstvenoraziskovalni inštitut za maksilofacialno kirurgijo v Baslu. Gostoval je na našem srečanju, kjer je prikazal pravo znanstvenofantastično predavanje s predstavitvijo intraoperativnega navigacijskega sistema, uporabo tridimenzionalne tehnologije in tkivnega inženiringa. Dobili smo nazorno predstavo o izvajanju zahtevnih operacij v prihodnosti.

Po odmoru z odličnim kosilom in izmenjavo izkušenj v hotelu Kokra so sledila predavanja o že dobro poznanih in najpogosteje uporabljenih diagnostičnih preiskavah. O ortopantomogramu je razpravljala mag. Borut Sotošek, o lokalnem rentgenskem posnetku doc. dr. Aleš Fidler in o



V skupni razpravi z leve V. Didanovič, doc. dr. N. Ihan Hren, prof. dr. H. F. Zeilhofer, doc. dr. A. Kansky, mag. B. Sotošek

računalniški tomografiji David Dovšak. Novo slikovno diagnostično metodo - RT s stožčastim snopom (*cone beam CT*), ki je v Sloveniji v uporabi približno leto dni, je predstavil asist. mag. Aleš Vesnaver. Njegova prednost je v visoki ločljivosti in odličnem prikazu trdih tkiv, nizki obsevalni dozi, ki je od 70 do 80 odstotkov nižja kot pri klasičnem RT-ju, in večji dostopnosti. Asist. dr. Janez Rebol je predaval o ultrazvočni preiskavi glave in vratu, ki je ena od osnovnih preiskav pri bolnikih z rakom glave in vratu, ter predstavil tudi lastne izkušnje.

Sledil je tretji sklop predavanj, kjer je bila najprej prikazana diagnostična metoda izbora za prikaz čeljustnih sklepov. Belina, sivina in črnina magnetne resonance je celo za kirurge in zobozdravnike zvenela zanimivo iz ust asist. mag. Katarine Šurlan Popovič. Asist. mag. Aleš Vesnaver je predstavil artroskopijo čeljustnega



Med pozornim poslušanjem predavanj z leve prof. dr. B. Pečan, prof. dr. M. Jurca, prof. dr. M. Virag, prof. dr. V. Koželj, V. Didanovič, v ozadju prof. dr. Z. Zajdela

sklepa, ki se je v Sloveniji šele pričela razvijati in bo omogočila velik napredek pri diagnostiki in zdravljenju okvar čeljustnih sklepov. Asist. Matija Gorjanc je poudaril, da je v sodobni implantologiji izbira diagnostičnih preiskav zelo pestra, od osnovnih rentgenskih posnetkov do najsodobnejših računalniških tridimenzionalnih modelov, in usmerjena h končnemu cilju – dobri protetični rehabilitaciji in zadovoljnemu pacientu. Na bisfosfonatno osteonekrozo čeljustnic, ki nastane po intravenskem ali dolgotrajnem peroralnem jemanju bisfosfonatov, ki se uporabljajo pri zdravljenju osteoporoze, osteolitičnih kostnih metastaz, multiplega mieloma in plazmocitoma, je vse navzoče opozoril asist. Miha Kočar, ki je tudi zaključil 13. Čelešnikove dneve.

Tudi strokovni seminar medicinskih sester - Letos je ponovno vzporedno s 13. Čelešnikovimi dnevi na Brdu pri Kranju potekal tudi strokovni seminar medicinskih sester in zdravstvenih tehnikov na temo kakovostne in varne zdravstvene nege maksilofacialnega in oralno-kirurškega pacienta.

Visoko udeležbo in različna predavanja iz implantologije, oralne kirurgije, kliničnih poti, oživljanja, kakovosti in varnosti so dopolnile tudi učne delavnice temeljnih postopkov oživljanja, ki so se odvijale tekom dneva. Srečanja se je udeležilo 20 razstavljalcev, ki so vzbudili zanimanje z različnimi novostmi.

Letošnji 13. Čelešnikovi dnevi so se kljub vraževerni trinajstici odlično in brez zapletov zaključili. Zanimanje za tovrstna srečanja je veliko, čemur v prid govori tudi zelo visoka udeležba. Kongresni center in protokolarni objekt Brdo pri Kranju je izpolnil oziroma celo presegel vsa naša pričakovanja z dobro organizacijo, dovršeno izvedbo in prijetno lokacijo. Za konec pa naj še povzamem besede udeležencev, da so bili 13. Čelešnikovi dnevi izpeljani na zelo visoki strokovni ravni, z odličnimi predavanji in nazornimi primeri iz klinične prakse, za kar se lepo zahvaljujemo vsem predavateljem in organizacijskemu odboru. ■

Z letnega kongresa mreže Vermont

Washington D.C. 6. in 7. december 2008 - O zdravstveni oskrbi novorojencev

Lilijana Kornhauser Cerar

Vermont Oxford Network (VON, <http://www.vtoxford.org>) je neprofitna prostovoljna mreža s področja neonatologije, katere osnovni namen je izboljšanje kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe novorojencev. Leta 1988 so jo ustanovili pediatri Jerold Lucey, Jeffrey Horbar in Roger Soll z ameriške univerze Vermont. V podatkovni bazi se zbirajo in neodvisno analizirajo podatki o poteku in izidu zdravljenja novorojenčkov z zelo majhno porodno težo (pod 1500 gramov), ki so sodelujočim centrom v pomoč pri sprotnem ocenjevanju kakovosti dela (preko medmrežja s programom »Nightingale«), izboljševanju postopkov ter notranjem preverjanju in pregledu (*internal audit, peer review*). VON omogoča tudi sodelovanje v multicentričnih raziskavah, ki pa je žal povezano s finančnim vložkom, saj pravila izključujejo podporo farmacevtske industrije. Danes v mreži, ki velja za »zlati standard« pri oceni kakovosti dela v neonatologiji, sodeluje 751 oddelkov iz 23 držav z vseh celin, ki posredujejo podatke o več kot 50.000 novorojenčkih na leto. Z letom 2008 je v VON tudi Slovenija, ki je zaenkrat vključena le s podatki otrok, ki se zdravijo na Enoti za intenzivno zdravljenje in nego novorojencev Kliničnega oddelka za perinatologijo Ginekološke klinike UKC Ljubljana.

Vsako leto je v decembru kongres, na katerem so prikazane dejavnosti VON minulega leta ter načrti za prihodnost. Letos se nas je v kongresnem središču hotela Omni Shoreham v Washingtonu zbralo več kot tisoč – zdravnikov, medicinskih sester ter strokovnjakov s področja kakovosti in varnosti v medicini. Predavali so nam tako vrhunski zdravniki pediatri (Jeffrey Horbar, Roger Soll, Ann Stark) kot specialisti za kakovost v zdravstvu (David Balestracci, James Handyside), tudi epidemiologinja (Diana Elbourne) in filozof (Thomas Pogge) sta nam predstavila svoje videnje problemov in možnosti njihovega reševanja. Udeleženci tokrat prvič gradiv nismo prejeli v obliki zbornika (ki je po besedah organizatorjev pogosto celo ostal v košu za smeti hotelske sobe), ampak v elektronski obliki; na cd-ju so vsaki predstavitvi dodani tudi citirani članki.

Poleg pregleda dosedanjega dela in rezultatov so bile v predavanjih predstavljene spremembe za leto 2009, ki bodo omogočile pravičnejšo primerjavo med centri, saj bodo podatki urejeni po skupinah porodnih tež oziroma gestacijskih starosti, s pomočjo regresijskega modela bodo pri vrednotenju upoštevani tudi drugi dejavniki tveganja. Zaenkrat obstajajo med posameznimi državami in celo centri znotraj njih velike razlike v postopkih intenzivnega zdravljenja novorojenč-

kov (npr. dajanje nadomestnega surfaktanta z namenom preprečevanja dihalne stiske pri nedonošenčkih, rojenih po manj kot 30 tednih; nudenje podpore dihanja s stalnim nadtlakom – CPAP), kar je predvsem odraz pomanjkanja dokazov za njihovo učinkovitost (za večino je metaanalize v podatkovni bazi Cochrane še niso potrdile). Pri prenosu priporočenih protokolov v prakso naj bi vedno upoštevali lastne razmere, tako po tehnični (razpoložljivost opreme, medicinskega osebja, informacijskih sistemov) kot družbeni plati (vera in kultura, izkušnje, tradicija skupinskega dela).

Oskrba nedonošenčka - Na srečanju so bili predstavljeni raziskovalni projekti VON. V raziskavo »Oskrba nedonošenčka v rodni sobi«, ki poteka že od leta 2003, je bilo vključenih več kot 600 otrok iz 27 centrov. Rezultati naj bi pokazali, ali ravnanje z nedonošenčkom gestacijske starosti od 25 do 30 tednov neposredno po rojstvu (elektivna intubacija in dajanje surfaktanta v primerjavi z začetno stabilizacijo ter »nežnejšo« podporo s CPAP) vpliva na preživetje in razvoj v starosti od 18 do 24 mesecev. Projekt »HeLP« (Heat Loss Prevention) poteka v Kanadi in ima namen oceniti možnost preprečevanja izgube toplote nezrelh novorojenčkov s pomočjo takojšnjega zavijanja v polietilensko folijo (glede na fotografije s predavanja bi lahko ta način imenovali kar »porod v vrečko«). Tretje področje je proučevanje vloge probiotikov v

izboljšanju rasti in preprečevanju nekrotizirajočega enterokolitisa pri nedonošenčkih s težo manj kot 1000 gramov; v to randomizirano kontrolirano raziskavo so doslej vključili šele 64 otrok v treh VON-centrih. V teku je tudi raziskava dolgoročnega spremljanja razvoja nedonošenčkov z izjemno majhno porodno težo (manj kot 1000 gramov), trenutno z oceno ob 6. letu starosti.

Razlike med deli sveta se povečujejo - Nekatera od predavanj so bila osredotočena na naraščajoče razlike med posameznimi deli sveta. Filozof Thomas Pogge z Univerze Yale nas je opomnil, da je pravica do enakih pogojev za življenje najpogosteje kršena osnovna človekova pravica. Pri tem nosi nezanesljivo krivdo farmacevtska industrija, zlasti z visokimi cenami zdravil ter z usmerjanjem raziskav v iskanje zdravil za bolezni bogatih. Pred kratkim je bila zato ustanovljena mednarodna fundacija »Health Impact Fund«, ki bo letni proračun 6 milijard USD namenila tistim farmacevtskim tovarnam, ki bodo razvijale zdravila z »globalnim pomenom«.

VON skuša tudi pomagati najmanj razvitim državam sveta. V oktobru 2008 so v Adis Abebi v Etiopiji pričeli s projektom »Black Lion«, ki naj bi zmanjšal eno najvišjih umrljivosti mater in dojenčkov na svetu. K sodelovanju so vabljeni prostovoljci, ki bi bili pripravljeni oditi v Afriko in pomagati z vsaj tritedenskim delom.

Stopnje rizičnosti - Ameriško združenje za pediatrijo želi tudi s pomočjo VON uveljaviti enotno razvrstitev ravni oskrbe novorojenčkov, ki temelji na stopnji ogroženosti otroka (glede na porodno težo, gestacijsko starost, prirojene napake) ter dostopu do zahtevnejših načinov intenzivnega in subspecialističnega zdravljenja. Doslej so jo prevzele mnoge evropske države, saj poleg lažjega načrtovanja in organizacije mreže v posamezni državi omogoča tudi primerjavo med oddelki šestih ravni (I, IIA in B, III A, B in C), tako glede opremljenosti in kadrov, porabe sredstev kot glede rezultatov zdravljenja. Poročila, ki temeljijo na podatkih iz nacionalnih registrov (Švedska, Finska) ali rezultatih multicentričnih raziskav (Ohio ZDA, EPIPAGE v Franciji), potrjujejo bistveno manjšo zboleznost in umrljivost otrok, ki so bili rojeni z zelo nizko porodno težo in zdravljeni v večjih terciarnih perinatalnih centrih, v primerjavi z otroki, ki so bili po rojstvu iz porodnišnice nižje ravni premeščeni na intenzivne oddelke v okviru pediatričnih bolnišnic.

Kakovost v neonatologiji - Drugi dan srečanja je bil posvečen kakovosti v neonatologiji. Predstavljen je bil razvoj elektronskega zdravstvenega zapisa (imenovanega LINKS) v otroški bolnišnici Lucille Packard v kalifornijskem Stanfordu, ki so ga pričeli uvajati leta 2001, danes pa ga s pridom uporabljajo pri 95 odstotkih bolnikov, tako za medicinsko dokumentacijo kot za spremljanje kakovosti in finančno vrednotenje opravljenega dela. Čeprav uvajanje elektronskega zapisa potrebuje obdobje za prilagoditev in zahteva tudi več časa osebja, predstavlja bodočnost zaradi zagotovitve večje varnosti bolnikov in osnove za izboljševanje postopkov. Pri organizaciji dela na oddelku za intenzivno zdravljenje novorojenčkov daje najboljše rezultate (tako glede uspehov zdravljenja, preprečevanja okužb kot glede zadovoljstva staršev in osebja) skupinsko delo, ki temelji na majhni osnovni skupini, ki skrbi za posameznega otroka. Stalne (pogosto nepotrebne) menjave medicinskih sester in/ali zdravnikov slabšajo varnost dela, še zlasti pri otroku s kronično boleznijo. Zelo pomembna je aktivna vloga staršev, tako pri vključevanju v nego otroka kot na sestankih z medicinskim osebjem ali pri oblikovanju skupin za samopomoč.

Raziskava BEADI, s katero so v Veliki Britaniji želeli ugotoviti, ali aktivnejši pristop pri širjenju priporočil za oskrbo novorojenčka z gestacijsko starostjo manj kot 28 tednov pripomore k njihovem hitrejšemu udejanjanju, ni dokazala razlik med skupino z aktivnim

pristopom in kontrolno skupino v pripravi lastnih protokolov za določene postopke, statistično pomembna je bila le razlika v njihovi praktični izvedbi.

Na srečanju so bili predstavljeni številni posterji ter kratki filmi, ki so predstavljali posamezne oddelke oziroma bolnišnice, ali pa so bili namenjeni izobraževanju staršev in osebja. Glavno nagrado je prejel video o ukrepih za preprečevanje prenosa okužb z MRSA, ki je danes najpomembnejši povzročitelj bolnišničnih okužb na neonatalnih intenzivnih oddelkih v ZDA.

Mesto ljubljanske neonatologije - In kakšno je mesto naše enote pri oskrbi otrok s težo manj kot 1500 gramov v primerjavi z ostalimi v VON? Glede na slišano in prebrano na kongresu, zlasti pa sodeč po podatkih iz računalniške baze, se v letu 2008 ob primerljivih vstopnih podatkih (porodna teža, gestacijska starost, spol, ocena po Apgarjevi, dajanje steroidov ob grozečem prezgodnjem porodu) nismo razlikovali od povprečja v umrljivosti takoj po rojstvu oziroma v prvih 12 urah,

pogostnosti zgodnjih in kasnih bolnišničnih okužb, težjih stopenj možganske krvavitve ali periventrikularne levkomalacije, prav tako ne v pogostnosti zapletov zdravljenja (npr. nekrotizirajočega enterokolitisa). Med porodniškimi podatki je bil pričakovan nižji delež carskih rezov pri nas (56 odstotkov, v VON 70 odstotkov), preseneča pa bistveno večji delež večplodnih nosečnosti (42 odstotkov v primerjavi z 28 odstotki v VON). Ob manjši »invazivnosti« zdravljenja (oživljanje v porodni sobi pri 35 odstotkih otrok v primerjavi z 89 odstotki v VON; manj otrok zdravljenih z umetno ventilacijo: 45 odstotkov proti 66 odstotkom) smo zabeležili manj otrok z bronhopulmonalno displazijo (opredeljeno s potrebo po dodatnem kisiku v gestacijski starosti manj kot 36 tednov; 16 odstotkov v primerjavi z 34 odstotki). Krajši je bil tudi čas bolnišničnega zdravljenja (51 ± 25 dni v primerjavi s povprečjem 63 ± 35 dni v VON). Po rezultatih sodeč se torej uvrščamo med tiste, ki delamo dobro (in poceni), sprotno spremljanje in primerjava z ostalimi v mreži VON pa nam bosta v pomoč pri vzdrževanju kakovosti in varnosti dela tudi v prihodnje. ■

Meningokokna bolezen

Ocena in obvladovanje tveganja ter komunikacija z različnimi javnostmi

Metka Horvat, Evgen Janet, Neda Hudopisk, Marjana Simetinger, Marjana Kašnik Janet

Prispevek opozarja na težavo pri identifikaciji oziroma opredelitvi tesnega stika v določenih dogodkih oziroma situacijah, kot so npr. zadrževanje zbolele osebe na množični prireditvi, zabavi, v več lokalih... Ta problem ni tako neznan v literaturi, vendar še ni ustrezno opredeljen ter posledično vključen v algoritem ukrepanja – ne samo pri nas, temveč tudi drugje po svetu.

V februarju 2008 je dvajsetletno dekle zbolelo za invazivno meningokokno boleznijo (povzročitelj *Neisseria meningitidis* skupine C – meningokok). Dva dni pred potrjeno okužbo z meningokokom je bila z znaki respiratorne bolezni v prehodnem tesnem stiku z večjim številom oseb na pustni zabavi. Zavod za zdravstveno varstvo Ravne na Koroškem je na podlagi ocene tveganja za prenos meningokokov izvedel zaščito tesnih stikov, pa tudi širšo zaščito prehodnih tesnih stikov. Primer je vzbudil veliko zanimanja strokovne in splošne javnosti ter medijev.

Zavod za zdravstveno varstvo (ZZV) Ravne je v začetku februarja 2008 obravnaval pojav resne okužbe z meningokokom C pri dvajsetletni osebi s stalnim prebivališčem v manjšem koroškem kraju, dijakinji srednje medicinske šole v Celovcu. Mesec dni pred boleznijo je opravljala prakso v domu za ostarele v Avstriji. V torek, 29. januarja 2008, je zbolela z znaki prehlada in slabim počutjem, zato je dvakrat obiskala svojega zdravnika in do četrta ostala doma. V petek, 1. februarja 2008, je šla v šolo, v Celovec se je peljala z vlakom. Dan kasneje, v soboto, 2. februarja 2008, se je, kljub še vedno izraženim znakom respiratorne bolezni, s skupino prijateljev zadrževala dobro uro v manjšem lokalni, kasneje pa še tri ure v natrpni diskoteki na pustni zabavi. Naslednji dan, v nedeljo, je zaradi povišane temperature in slabega počutja obiskala dežurnega zdravnika, ki ni našel znakov resnejše bolezni. V ponedeljek, 4. februarja 2008, v zgodnjih jutranjih urah, je doma kolabirala v kopalnici. Njen prijatelj je opazil izpuščaje po trebuhu ter takoj poklical prvo pomoč.

Dekle je bilo z reševalnim vozilom v spremstvu dežurnega zdravnika prepeljano v splošno bolnišnico. Iste dne okrog poldneva je bil podan utemeljen sum na meningokokno okužbo. Lečeči zdravnik v bolnišnici je po posvetovanju z epidemiološko službo ZZV Ravne v njihovo ambulanto napotil ožje svojce in prijatelje za posredovanje podatkov o zadrževanju dekleta v zadnjem tednu pred boleznijo za opredelitev tesnih stikov z zbolelo osebo in izvedbo zaščite (kemoprofilakse).

Dekle je bilo uspešno zdravljeno na intenzivnem oddelku splošne bolnišnice.

Ocena tveganja (risk assessment)

Obravnavajočih stikov - ZZV Ravne je vodil obravnavo in zaščito tesnih stikov: družinskih članov, ki so z dekletom živeli v istih prostorih, in najbližjih prijateljev, skladno z definicijo tesnega stika po algoritmu obravnave meningokokne bolezni (9).

Zaščita je bila priporočena tudi zdravstvenim delavcem, ki so bili pred začetkom antibiotičnega zdravljenja oz. do 24 ur po začetku zdravljenja brez ustrezne varovalne opreme v tesnem stiku z zbolelo osebo.

Zaščito sošolcev in oseb v domu za ostarele v Avstriji, s katerimi je bila dijakinja v tesnih stikih, je obravnavala epidemiološka služba v Celovcu, s katero je ZZV Ravne vzpostavil stik še isti dan, ko je bila potrjena meningokokna bolezen.

Ocena tveganja za prehodne, krajši čas trajajoče stike - Pri anketiranju svojcev in prijateljev je ZZV Ravne pridobil podatek, da je bilo dekle dan pred pojavom resnih znakov bolezni v stiku z večjim številom ljudi v dveh lokalih. Zavod je pridobil stike z nekaterimi udeleženci sobotne pustne zabave, izjave posameznikov so nakazovale na možnost zelo velikega števila fizičnih stikov z zbolelo (»v lokalni je bilo tisto noč ogromno ljudi, ki so se zabavali in objemali, verjetno krepko čez tisoč...«).

Za stike, ki so bili prehodni, vendar možno tudi tesni (neposreden kapljični prenos, objemanje med množičnim plesom, pitje iz skupnih

kozarcev...), ob dejstvu, da so bili znaki respiratorne bolezni pri zboleli osebi v času zabave dokaj izraženi, se je ZZV Ravne odločil, da bo za kriterij tesnega stika upošteval čas stika (več kot eno uro) in bližino zbolele osebe (manj kot en meter). Pri svoji odločitvi je upošteval tudi izsledke študij, ki kažejo na to, da predstavljajo večje tveganje za pojav meningokoknih bolezni pri mladih dejavniki, ki jim znižujejo odpornost: zadrževanje oseb v zaprtih, natrpanih prostorih (bari, diskoteke, klubi...), uživanje alkohola, kajenje, ponočevanje, izčrpanost in že prisotne okužbe dihal.

Še isti dan, 4. februarja 2008, do poznih nočnih ur je v ambulanti ZZV, dežurnih in popoldanskih ambulantah prišlo do obravnave približno dveh tretjin udeležencev zabave, naslednje dva do tri dni pa še ostalih udeležencev. Nekaj študentov in dijakov je poiskalo zaščito v zdravstvenih zavodih v Ljubljani in Mariboru.

Obvladovanje tveganja (risk management)

Kemoprofilaksa in cepljenje - Zdravstveni delavci in sodelavci, ki so izvajali kemoprofilakso, so bili predhodno seznanjeni s kriteriji tesnih stikov, z izborom kemoprofilakse in s kontraindikacijami zanjo.

Ocenjuje se, da je zaščito v Sloveniji prejelo okrog 1400 oseb (tudi dve nosečnici), največ v prvih dveh dneh.

- Antibiotična kemoprofilaksa se je izvajala s:
- ciprofloksacin 500 mg – 1 tableta, odrasli
 - arficin – za otroke, mlajše od 15 let
 - ceftriakson za nosečnice

Po laboratorijski potrditvi meningokoka skupine C pri zboleli osebi je 16 njenih najbližjih tesnih stikov prejelo odmerek konjugiranega cepiva menjugate.

Komunikacija s strokovno in laično javnostjo (risk communication)

ZZV Ravne je po prejemu obvestila o sumu

na meningokokno okužbo o tem seznanil Inštitut za varovanje zdravja RS, epidemiološko službo v Celovcu, popoldanske in dežurne ambulante na Koroškem, Infekcijsko kliniko v Ljubljani, ambulanti za nujno medicinsko pomoč v Ljubljani in Mariboru. V sodelovanju s Koroško lekarno je zagotovil zadostne količine ustreznih antibiotikov za izvedbo kemoprofilakse, ki jo je skupaj s koroškimi popoldanskimi in dežurnimi ambulantami tudi izvedel.

Preko lokalnih radijskih postaj je pozval udeležence zabave in jih obvestil, kam naj se javijo, da bodo dobili ustrezna navodila in po potrebi tudi zaščito.

Med mladimi je potekala intenzivna samoiniciativna medsebojna komunikacija, predvsem preko SMS-sporočil in e-pošte. Nastalo situacijo so mladi spremljali in komentirali tudi preko forumov.

Komunikacija s strokovno in laično javnostjo je potekala zelo intenzivno. Poleg osebnih stikov in svetovanja je bilo veliko tudi telefonskega svetovanja prisotnim v obeh lokalih, v naslednjih dneh pa predvsem svetovanja t.i. sekundarnim stikom, to je osebam, ki so bile v stiku z udeleženci zabave.

Primer je vzbudil veliko zanimanja medijev in tudi strokovne javnosti.

Ugotovitve

Pojav meningokokne bolezni je smiselno obravnavati zaradi več razlogov:

- gre za bolezen, ki je pomembna tako z vidika zbolelosti kot umrljivosti,
- tam, kjer se pojavi, povzroči veliko psihofizično obremenitev tako pri zdravstvenem osebju kot v socialni sredini,
- zahteva takojšnje ukrepanje javnozdravstvene oz. epidemiološke službe.

Prispevek opozarja na težavo pri identifikaciji oziroma opredelitvi tesnega stika v določenih dogodkih oziroma situacijah, kot so npr. zadrževanje zbolele osebe na množični prireditvi, zabavi, v več lokalih... Ta problem ni tako neznan v literaturi, vendar še ni ustrezno opredeljen ter posledično vključen v algoritem ukrepanja – ne samo pri nas, temveč tudi drugje po svetu.

Dogodek je nedvomno podlaga za nadaljnjo razpravo o oceni tveganja za prenos in za razširitev definicije tesnega stika, smiselnosti ukrepov za zmanjšanje pojava bolezni med mladimi ter spodbuda in priložnost za osveščanje strokovne in laične javnosti.

Zloženka - Pri obravnavah tesnih stikov ob pojavu invazivnih meningokoknih bolezni je ZZV Ravne zaznal potrebo po informacijah o tej bolezni. Zato je pripravil zloženko »Meningokoki – preprečimo širjenje«, ki jo je na podlagi javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja v letu 2008 finančno podprl Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Zloženska je dostopna na spletni strani ZZV Ravne: <http://www.zzv-ravne.si/pdf/meningokok.pdf>

Definicija tesnega kontakta

- družinski člani, ki živijo v skupnih prostorih,
- oseba, ki je prišla v stik z izločki iz bolnikovih ust ali nosu (intimno poljubljanje, uporaba istega jedilnega pribora, zobne ščetke...),
- zdravstveno osebje, ki je bilo v tesnem stiku z bolnikom pred začetkom antibiotičnega zdravljenja oz. do 24 ur po začetku zdravljenja, **brez** ustrezne varovalne opreme, posebej ob posegih, ki so visoko tvegani (oživljanje, intubacija...),
- sošolci v šoli, s katerimi je bil zboleli v tesnejših socialnih stikih, in najbližji prijatelji,
- v vrtcu prejmejo kemoprofilakso otroci v isti skupini in vsi otroci, ki so bili z zbolelim v tesnem stiku,
- dijaki in študenti v domovih, osebe v vojaških

kolektivih – tisti, ki spijo v istem prostoru ali si delijo kuhinji.

Cepljenje tesnih kontaktov (ki so že prejeli kemoprofilakso) opravimo, če je šlo pri bolniku za okužbo z meningokokom iz skupine, ki jo vsebuje cepivo (cepljenje je smiselno do štiri tedne po tesnem stiku z bolnikom. Vir: Health Protection Agency: Guidance for public health management of meningococcal disease in the UK, 2006) (<http://www.hpa.org.uk/infections>).

- Okužba z meningokokom skupine C: Cepimo tesne kontakte, starejše od dveh mesecev, s konjugiranim cepivom proti meningokoku skupine C (menjugate).
 - Otroci do enega leta starosti: 3 odmerke v enomesečnih razmakih.
 - Otroci, starejši od enega leta, mladostniki in odrasli: 1 odmerek.
- Okužba z meningokokom skupine A, Y ali W135: Cepimo tesne kontakte, starejše od dveh let, s štirivalentnim polisaharidnim cepivom proti meningokokom skupine A, C, W135 in Y (mencevax ACWY) z enim odmerkom (trajanje zaščite po cepljenju s polisaharidnim cepivom je največ tri leta). ■



Telepatologija

Izidor Kern

Telepatologija je elektronski prenos mikroskopske slike z mesta zajema na mesto interpretacije. Telepatologija ni omejena le na področje diagnostične patologije, kjer jo poznamo predvsem za namen konzultacij. Omogoča urgentno patološko službo (npr. intraoperativni zmrzli rez) tam, kjer ni patologa. Uveljavlja se v izobraževanju, interdisciplinarnih srečanjih za obravnavo redkih ali zahtevnih primerov, zagotavljanju kakovosti in analizi mikroskopskih slik. Nove aplikacije so virtualna mikroskopija in digitalno arhiviranje.

Kaj je telepatologija

Telepatologijo razumemo kot interpretacijo prenesenih digitalnih mikroskopskih slik. Mesto pregledovanja je prostorsko ločeno od zajema mikroskopske slike. To pomeni, da patolog pregleduje mikroskopske slike preparatov na zaslonu in ne skozi okularje mikroskopa. Z mikroskopom, ki je običajno opremljen z digitalno kamero, ga povezuje telekomunikacijski medij. Bistvo telepatologije ni v razdalji, ki ločuje mikroskop od patologa, temveč v tem, da patolog interpretira digitalno mikroskopsko sliko. Patolog lahko sedi v sosednji sobi in je z mikroskopom povezan preko lokalnega omrežja, lahko pregleduje digitalne slike ali virtualni mikroskopski preparat na transportnem mediju (CD ali USB-ključ). V nobenem primeru telekomunikacija ne igra ključne vloge. Prenaša se lahko mirujoča ali živa slika, včasih tudi kot videoposnetek. Gre lahko za nekaj vnaprej izbranih posnetkov ali pa ob ustrezni opremi patolog, ki interpretira, sam upravlja zajem mikroskopske slike. Ena novejših pridobitev je virtualni preparat, kjer je celoten preparat digitaliziran.

Telepatologija je ena od vej telemedicine, ki se nenehno razvija. Od ostalih oblik izmenjave slikovnih podatkov se loči predvsem po količini le-teh in optičnih omejitvah mikroskopa. Na tem mestu se ponuja primerjava s teleradiologijo, saj je v radiologiji podobno kot v patologiji osrednje delo povezano z interpretacijo večjega števila slik. Trenutno je uporaba teleradiologije bistveno bolj razširjena. Pri teleradiologiji so v

izhodišču slike že v digitalni obliki, kar pomeni, da ni težav z zajemom slike in pretvarjanjem analogne slike v digitalno. Hkrati pomeni tudi, da se v teleradiologiji prenaša celotna originalna diagnostična informacija. Pri telepatologiji je izhodišče mikroskopski preparat, sliko je treba digitalizirati in pri tem je možna izguba kakovosti informacije. V telepatologiji ni uveljavljenega enotnega mednarodnega standarda za zajem, shranjevanje in prenos slike, kot to velja za teleradiologijo (DICOM). V radiologiji slike pregledujemo pri eni ali zelo omejenem razponu povečav. Pri patologiji mikroskopsko sliko pregledujemo pri zelo velikem razponu povečav, ki je omejena z ločljivostjo svetlobnega mikroskopa. Če bi digitalizirali mikroskopsko sliko preparata pri veliki povečavi, bi bila količina informacije nekajkrat večja od digitalne radiološke slike. Pri patologiji se srečujemo tudi z dodatnimi tehnikami in preiskavami (npr. specialna barvanja, imunocito/histokemija), ki povečujejo količino informacije za prenos. Česa podobnega ne poznamo v radiologiji.

Interdisciplinarno področje telepatologije ima svojo delovno skupino pri Evropskem združenju patologije in je od leta 2002 organizirano kot neprofitna mednarodna akademija za telepatologijo. Redna mednarodna srečanja (deveti kongres je bil leta 2008 v Toledu, Španija) pritegnejo vse širši krog ne samo patologov, ampak tudi drugih strokovnjakov.

Tehnične značilnosti telepatologije

Osnovna oprema telepatologije sestoji iz mikroskopa, opremljenega z digitalno kamero, osebnega računalnika z ustrezno grafično programsko opremo, telekomunikacijsko povezavo med zajemom in sprejemom digitalne mikroskopske slike in delovno postajo z dobrim zaslonom za pregledovanje slik. Povezava med mikroskopom in patologom ni nujno samo enosmerna. Z dodatno opremo lahko patolog upravlja z mikroskopom na mestu zajemanja mikroskopskih slik. Sistemi so lahko zelo preprosti, dostopni vsakemu patologu, ali pa v celoti avtomatizirani. Med omenjenima skrajnostima so različne tehnike telepatologije. Za katero se bomo odločili, je odvisno predvsem od

namena uporabe. Na izbor pomembno vplivajo telekomunikacijske povezave in seveda finančni okvir. Upoštevati moramo potrebno resolucijo digitalne slike (kakovost slike) za zanesljivo diagnostično interpretacijo. V večini primerov zadostuje zajem slike pri 20-kratni povečavi objektiv oziroma običajni video resoluciji 640 x 480, vendar je to premalo za ocenjevanje jedrnega kromatina ali glomerularne patologije. Hitrost prenosa slike je odločilnega pomena pri virtualnem mikroskopskem preparatu, ko gre za urgentno pregledovanje. Za človeško oko mora biti osveževanje slike hitreje od 0,1 sekunde. Sistemi, ki osvežijo sliko v eni sekundi, niso primerljivi s svetlobnim mikroskopom in zato neprimerni za virtualno mikroskopijo. Tehnična oprema na strani interpretacije digitalne slike mora biti dovolj kakovostna, da ne zmanjšuje kakovosti zajete in prenesene digitalne slike. Za interpretacijo je treba zagotoviti:

1. primerno kakovost digitalne slike za zanesljivo, nedvoumno diagnozo,
2. digitalno sliko, ki ustreza namenu,
3. dovolj veliko količino informacije, da lahko patolog izključi druge diagnostične možnosti,
4. spremljajoče klinične podatke in makroskopski opis.

Osebe, ki sodelujejo v telepatologiji, morajo biti za to dejavnost šolane in usposobljene. Potrebne so nove, drugačne izkušnje kot pri svetlobni mikroskopiji.

»Shrani in pošlji« – pokažem ti, kar želim, da vidiš

To je cenovno najbolj dostopna oblika statične telepatologije. Potrebujemo sistem za zajem in digitalizacijo mikroskopske slike. To je običajno digitalni fotoaparati, nameščen na mikroskop. Zajem slike je ročen. Digitalne slike v kateremkoli formatu (jpeg, tif, giff...) pošljemo patologu na različne načine. Velikost slikovnih podatkov je možno zmanjšati s stiskanjem slik, kar pa lahko poslabša kakovost slik. Enostaven način prenosa je priponka elektronske pošte, lahko izberemo drug medij za prenos (npr. CD) ali pa gre za zaščiten prenos prek spletnega strežnika. Slabost je v omejenem izboru mikroskopskih slik. Med pošiljateljem slik in prejemnikom je običajno časovni zamik, zato ni možna sočasna interakcija med konzultacijo. To lahko premostimo z videokonferenčnim

sistemom, katerega prednost je, da patolog med interpretiranjem digitalne slike neposredno pojasni pomembne vidike pregledovanega primera in zahteva dodatne digitalne slike ali klinične podatke.

Digitalni preparat – Virtualna mikroskopska slika

Gre za nadgradnjo prej omenjenega sistema. Zajem slike je avtomatiziran. Celotni mikroskopski preparat je digitaliziran v resoluciji, ki je enaka ali večja od 20-kratne povečave objektiva. Celoten digitalni preparat je sestavljen iz zaporedja velikega števila digitalnih slik. To pomeni, da ima patolog za interpretacijo na voljo enake podatke kot pri neposrednem pregledovanju skozi okularje mikroskopa. Prenaša se mirujoča slika. Sistem za ustvarjanje digitalnega preparata mora biti dovolj hiter, z dobrim avtofokusom in robusten. Digitalni preparat omogoča interaktivno izkušnjo, občutek »real-time« mikroskopiranja.

Na tem mestu velja omeniti, da je na običajnem mikroskopskem preparatu površine 20 x 25 mm (citološkem ali histološkem) velika količina podatkov (tabela). En primer ima lahko več preparatov, kar količino podatkov pomnoži. Pri tem je bolj pomembno, koliko podatkov je potrebnih patologu za zanesljivo diagnozo!

Avtomatizirana telepatologija – digitalna patologija

Proces zajema slike je bolj ali manj robotiziran, kar pomeni, da je avtomatiziran in voden s strani patologa, ki pregleduje digitalne slike. Prenaša in pregleduje se živa digitalna slika. Gre za pravo »real-time« mikroskopiranje na daljavo. Do zamika slike lahko prihaja zaradi telekomunikacijskih omejitev. Dinamično obliko telepatologije lahko spremlja videokonferenčna povezava.

Uporaba telepatologije v praksi

Vsak patolog se pri rutinskem delu hitro sooči s problemom, ko potrebuje posvet s patologom ekspertom v obliki sekundarnega

mnenja ali konzultacije. Telepatologija omogoča hiter in enostaven dostop do takšnega ekspertnega mnenja. Še posebej je to pomembno za manjše oddelke za patologijo in zaradi vse večje specializiranosti posameznih patologov. Ni potrebno pošiljati preparatov in parafinskih blokov. Videokonferenčna nadgradnja omogoča interaktivno sodelovanje med patologom in ekspertom, kjer gre tudi za učni proces. Če je sistem hiter in učinkovit, je zelo verjetno, da ga bodo uporabniki pogosto koristili, s čimer bodo prispevali k višji diagnostični zanesljivosti in boljši bolnikovi oskrbi.

Telepatologijo marsikje uporabljajo za urgentni diagnostični servis v ustanovah, kjer ni zaposlenega patologa. Predvsem gre tu za intraoperativne zmrzle reze v manjših bolnišnicah v oddaljenih krajih ali v velikih bolnišnicah, kjer je pot med operacijsko dvorano in oddelkom za patologijo dolga. V takšnih primerih gre za dinamično telepatologijo, kjer patolog na razdaljo upravlja z mikroskopom. Potrebna je videokonferenčna povezava s tehnikom, ki pripravlja mikroskopske preparate, in kirurgom, ki potrebuje urgentno informacijo. Podobno se telepatologija uporablja za zelo specifična diagnostična področja (npr. transplantacijska patologija), ko je potrebna nujna diagnostična informacija posebej usmerjenega patologa z ustreznimi izkušnjami na konkretnem področju. Gre za »dežurno« službo oziroma zahtevo po patologu izven rednega delovnega časa. Glede na razvoj telekomunikacij patolog lahko zagotavlja tovrstno dejavnost tudi od doma.

Telepatologija bi lahko bila tudi oblika rutinskega dela patologov. Patologov je malo, pa še ti so čedalje ožje specializirani, zato tudi v večjih bolnišnicah nimajo vseh področij patologije idealno pokritih. Prisoten je tudi stalen pritisk za znižanje stroškov – vse to so dovolj razumni razlogi, da s tehnologijo virtualnega mikroskopskega preparata ustvarimo oddaljeni rutinski diagnostični servis. Predvsem je to primerno za manjše ustanove, za katere se patologija lahko izvaja v oddaljenem večjem centru, ki je lahko celo v drugi državi. To področje telepatologije se razvija počasneje, ker je povezano z več problemi: od telekomunikacij, varnosti in pravnih vprašanj.

Ena od možnosti razvoja telepatologije v rutinskem delu je tudi telemikroskopija. Patolog bo vsakodnevno delo opravljal za zaslonom in ne bo več mikroskopiral. Vsi preparati se bodo sprosti digitalizirali in patolog bo pregledoval virtualni mikroskopski preparat, ki se bo tudi shranil, vključno s podatki, kaj in koliko je patolog gledal.

Telepatologija je že dolgo v uporabi za kvantitativno analizo slike. V rutinskem delu mora patolog vse več sprememb semikvantitativno oceniti, kar pa je subjektivno in včasih slabo ponovljivo. Zelo praktično je, če so meritve avtomatizirane. Za diagnostično rabo morajo biti izpolnjeni določeni pogoji: rutinska digitalizacija slik, hiter in učinkovit sistem kvantitativne analize slik, klinična pomembnost meritev, zagotavljanje kakovosti in vključenost v zunanje sheme kontrole kakovosti.

Telepatologija ima nedvomno vlogo v učnem procesu. Preko spleta so na voljo zanesljivi in visoko kakovostni viri na do- in podiplomski ravni. Prav tako obstajajo viri, namenjeni stalnemu izobraževanju patologov. Obilo je virtualnega materiala, ki dopolnjuje učbenike in strokovne revije. Videokonference so lahko umeščene v redni program specializacije. Z virtualnim mikroskopskim preparatom so patologom postali bolj dostopni redki, poučni primeri, s katerimi se le izjemoma srečujejo v rutinskem delu. Na ta način se zmanjšuje izguba časa in znižujejo stroški zaradi potovanj na strokovna srečanja. Telemikroskopija mora postati del učnega procesa dodiplomskega študija.

Telepatologija se uveljavlja kot metoda v zunanji shemi zagotavljanja kakovosti. Namesto, da se pošiljajo preparati, se sodelujočim patologom omogoči dostop do virtualnega mikroskopskega preparata. Vsi gledajo hkrati isti preparat. To se je izkazalo za pomembno v primerih, ko gre za bioptične drobce in ni možno zagotoviti ustreznega števila reprezentativnih mikroskopskih preparatov. Sodelujočim je treba zagotoviti čim bolj enako tehnično opremo in jih poučiti o ravnanju z virtualnim mikroskopskim preparatom. Pri tem se porajajo vprašanja o sposobnosti interpretacije digitalne slike, o sprejemanju

Povečava objektiva	Numerična apertura	Optična ločljivost (μm)	Potencialno število digitaliziranih točk	Najmanjša količina shranjenih podatkov (G)
4x	0.2	1.7	11765 x 14706	2
10x	0.45	0.75	26667 x 33333	11
20x	0.5	0.67	29851 x 37313	13
40x	0.75	0.45	44444 x 55555	30

odgovornosti, zanesljivosti in primerljivosti z mikroskopsko sliko.

Telepatologija v Bolnišnici Golnik – Kliničnem oddelku za pljučne bolezni in alergijo

S telepatologijo smo v Laboratoriju za citologijo in patologijo začeli pred desetimi leti, ko smo se vključili v skupine za diagnostično konzultacijo prek spleta. Z leti so se varnostni mehanizmi izpopolnili tako, da je varstvo podatkov na ustreznih ravni. Proces konzultacij ni enosmeren. Kot konzultant nudim svoje znanje in izkušnje kolegom v državah v razvoju. To delo teče preko *ipath* konzultacijskega centra za telepatologijo, ki ima mesto na Univerzi v Baslu.

Leta 2008 smo vpeljali notranji sistem telepatologije, ki je namenjen hitri oceni ustreznosti citoloških vzorcev. Oprema je »digitalni mikroskop« Coolscope II (Nikon, Japonska), ki nudi možnost enostavne »real-time« virtualne mikroskopije. Citološki preparat, hitro fiksiran in obarvan s toluidinskim modrilom, je digitaliziran. Patolog ga pregleduje na kateri koli delovni postaji v bolnišnici. Povezava med mestom zajemanja slike in pregledovanjem je bolnišnična optična mreža, zato je časovni zamik slike minimalen. Sistem uporabljamo dnevno pri vseh vodenih tankoigelnih aspi-

racijskih biopsijah, večini transbronhialnih igelnih aspiracij in različnih drugih invazivno odvzetih vzorcih respiratorne citopatologije. Pomembno je, da smo dosegli boljši izkoristek preiskav in bistveno skrajšali čas, ki bi ga sicer patolog porabil (ali izgubil) zaradi neposredne prisotnosti ob odvzemu vzorcev in pregledu ustreznosti. S sistemom telepatologije, ki je namenjen hitri oceni ustreznosti vzorca, se je delež nereprezentativnih vzorcev zmanjšal z 41 na 2 odstotka. Pred uvedbo telepatologije je patolog porabil en delovni mesec na leto zaradi prisotnosti ob odvzemu vzorca.

Telepatologija v Sloveniji

V slovenskem prostoru so dovolj razširjene možnosti za enostavno »shrani in pošlji« telepatologijo, ki pa morda niso uporabljene, saj je včasih lažje pošiljati parafinske bloke in preparate v konzultacijo, četudi tvegamo izgubo le-teh. Na več mestih so različni sistemi za kvantitativno analizo slike (Onkološki inštitut, Inštitut za anatomijo). Preproste oblike telepatologije vstopajo v učni proces (digitalna zbirka mikroskopskih preparatov). Glede na hudo pomanjkanje patoloških, njihovo preobremenjenost in potrebe po večji kompetentnosti bi veljalo razmisliti o skupnem, enotnem sistemu virtualne mikroskopije, sistemu telepatologije, ki bi povezal oddelke za patologijo v Sloveniji. ■

Iz strokovnih revij

Nevarna depresija

Otroci depresivnih staršev imajo trikrat večjo možnost, da zbolijo za depresijo, anksioznostjo ali odvisnostjo od mamil. V kolikor se tovrstni problemi pojavijo v otroštvu in puberteti, se ponavadi zavlečejo še precej v odraslost.

Za otroke depresivnih staršev je že dlje časa znano, da je tveganje za depresijo in anksioznost v mladosti večje, doslej pa še ni bilo na voljo vseh pomembnih podatkov, kako anksiozna in depresivna stanja vplivajo nanje, ko odrastejo. Pričujoče zaplete v otroštvu je proučevala skupina raziskovalcev na novi celini pod vodstvom dr. Myrne M. Weissman s Columbia University v New Yorku.

V ameriški strokovni reviji *Journal of Psychiatry* znanstveniki poročajo o 20 let trajajoči poglobljeni študiji, v kateri so 100 ljudi, od katerih je najmanj eden izmed staršev trpel za hujšo obliko depresivne motnje, primerjali s petdesetimi starši, ki jih depresija ni prizadela. Sodelujoči so bili ob zaključku študije v povprečju stari 35 let.

Raziskava je pokazala, da imajo otroci depresivnih staršev trikrat večjo možnost, da tudi sami zbolijo za depresijo, anksioznimi motnjami ali da zapadejo v odvisnost od različnih substanc, večja pa je pri njih tudi možnost socialnih motenj na delovnem mestu ali v družini.

Ameriška raziskava je pokazala tudi, da potomci depresivnih staršev pri 35 letih petkrat pogosteje zbolevajo za boleznimi srca in ožilja, dvakrat večja pa je pri njih tudi verjetnost fizičnih boleznih in motenj.

Dr. Myrne M. Weissman zato opozarja predvsem pediatre in šolske, pa tudi družinske zdravnike, naj bodo pozorni na psihično stanje oziroma mentalno zdravje staršev svojih malih varovancev. Otroci depresivnih staršev sodijo v skupino z visokim tveganjem tako glede psihičnih kot fizičnih motenj in boleznih, ki se začnejo zgodaj in se nadaljujejo v odraslo dobo, zato je zgodnje preventivno ukrepanje nujno potrebno. ■

Nina Mazi

Vir: *Journal of Psychiatry*



Anesteziologi prve generacije na obisku v UKC Maribor

Drago Ažman, Nasta Pirc Delak

UKC Maribor s svojimi vrhunskimi strokovnjaki in opremo lahko primerjamo s podobnimi medicinskimi centri, ki zagotavljajo maksimalno medicinsko oskrbo pri nas in po svetu.

Slovenski anesteziologi prve generacije iz šole prim. dr. Draga Hočevarja (1953–1961) smo 20. novembra 2008 obiskali Univerzitetni klinični center Maribor in si ogledali klinični oddelek za anesteziologijo in intenzivno medicino operativnih strok. Mariborski oddelek je za slovensko anesteziologijo pomemben, saj je že leta 1962 enota za intenzivno medicino delovala kot samostojna organizacijska enota bolnišnice, leta 1964 pa je bil ustanovljen enoten oddelek za anesteziologijo in reanimacijo. Sledila sta mu oddelka v splošni bolnišnici Celje 1966. leta in 1968. leta v bolnišnici dr. J. Potrča na Ptuj. Leta 1971 je bila ustanovljena centralna anestezijska reanimacijska služba KC v Ljubljani, ki je bila 1973. leta vključena v TOZD Kirurške službe.

Poleg ljubljanskih udeležencev (prim. Drago Ažman, dr. Stojan Jeretin, Olga Maurič Jovan, dr. med., Nasta Pirc Delak, dr. med., Ljudmila Šlibar Gorkič, dr. med.) so se nam pridružili v Celju prim. Jože Četina in v Mariboru Verena Kolšek, dr. med., in Duška Mihev Arko, dr. med.

Prijazno so nas pričakali predstojnik anesteziološkega oddelka prim. Zoran Zabavnik, predstojnik katedre za anesteziologijo in reanimatologijo prof. dr. Mirt Kamenik, predstojnica oddelka za terapijo bolečine prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč, prim. asist. Zvonko Borovšak in glavna sestra anesteziološkega oddelka Vida Vitek, VMS. Vsak od njih nam je predstavil svojo enoto. V 20 operacijskih sobah 30 zdravnikov opravi 12.000 anestezij na leto. V prostorih intenzivne terapije oskrbijo bolnike na 15 posteljah. Vodijo tudi porodno analgezijo in pregledujejo bolnike v anesteziološki predoperativni ambulanti. Globok vtis je napravila na nas moderna oprema intenzivne terapije, odlična organizacija dela in vzorna nega bolnikov. Vse to jim omogoča izpolnjevanje programov, čeprav imajo v primerjavi z drugimi centri enakega ranga manj zdravnikov in osebja.

Po skupnem kosilu, na katerega nas je povabil direktor UKC prim. asist. Gregor Pivec, sta nas prim. mag. Nevenka Krčevski Škvarč in prof. dr. Mirt Kamenik peljala na ogled medicinske fakultete. Razkazala sta nam svetle, dobro opremljene prostore, ki so naredili na nas izreden vtis. Seznanili smo se s programom šolanja in raziskovalnega dela ter izvedeli, da so se našla sredstva za izgradnjo nove medicinske fakultete.

Bili smo si enotni, da je splošna bolnišnica Maribor že dolga leta hodila po poti, ki je vodila do končnega priznanja bolnišnice za klinični center (odbor za znanstvenoraziskovalno dejavnost je bil ustanovljen že leta 1964). UKC Maribor s svojimi vrhunskimi strokovnjaki in opremo lahko primerjamo s podobnimi medicinskimi centri, ki zagotavljajo maksimalno medicinsko oskrbo pri nas in po svetu.

Tako nam je dan minil v prijetnem vzdušju ob zavesti, da smo skupaj prehodili dolgo in uspešno pot do današnjega stanja naše stroke. ■



prim. Zoran Zabavnik, Ljudmila Šlibar Gorkič, dr. med., Olga Maurič Jovan, dr. med., prim. Jože Četina, Nasta Pirc Delak, dr. med., Duška Mihev Arko, dr. med., prim. Drago Ažman, Verena Kolšek, dr. med., prim. asist. Zvonko Borovšak, prof. dr. Mirt Kamenik, Vida Vitek, VMS, sedi dr. Stojan Jeretin.

ILEUS – Standardi in novosti

ILEUS – Standards & Novelities

Zbornik simpozija kot 13. zvezek učbenika kirurgije trebušnih organov

Izdal in založil Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo Kirurške klinike Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana - 215 strani - Naklada 500 izvodov - Ljubljana 2008

Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo Kliničnega centra v Ljubljani prireja že trinajst let tematsko zaokrožene simpozije v okviru Kirurške šole, s certifikatom evropskega učnega centra. Pred tremi leti se je organizator odločil, da bosta zadnja dva simpozija namenjena boleznim akutnega abdomna, s čimer naj bi bil zaključen cikel kirurških bolezni trebušne votline. Lansko leto so bili tako predstavljeni problemi s peritonitisom, letos pa je zaključil cikel ileus.

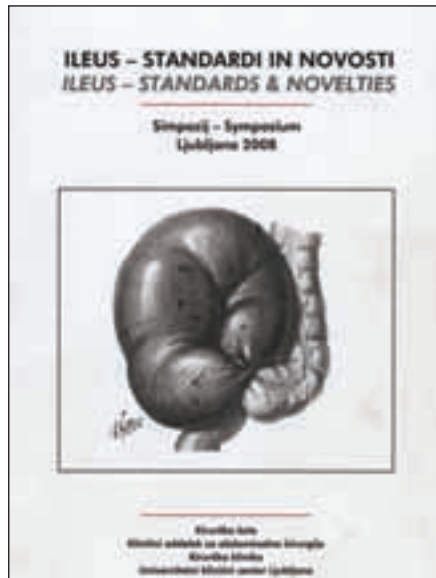
Pričujoči zbornik je žetev tega sestanka v knjižni obliki. Pogumno dejanje v času, ki knjigi ni naklonjen, ko je mogoče s klikom najti vse na Googlu ali kje drugje in ko postaja knjiga uporabna le, če po obliki in teži ustreza branju v postelji. Nekoliko nižja naklada zadnjega zbornika v primerjavi s prejšnjimi se zdi logična posledica tega. Kljub vsemu pa je trinajst zvezkov, ki obsegajo daleč več kot štiri tisoč strani, zajeten specializiran učbenik kirurgije trebušnih organov.

Knjiga vsebuje besedilo dvaindvajsetih predavanj, šestih vabljenih predavanj in enega referata udeležencev. Namenjena je specializantom kirurgije, zdravnikom družinske medicine in tudi kirurgom, ki občasno ali pa tudi stalno prihajajo v stik z abdominalnimi boleznimi. Poudarek naj bi bil na kirurških standardih in novostih.

Ileus, navadno posledica neke druge bolezni, je predstavljen v klinični sliki, razdelitvi, diagnostiki, predvsem z vidika kirurškega in multidisciplinarnega zdravljenja in ne nazadnje s predstavitev uveljavljenih standardov in novosti tega področja.

Skozi stoletja skoraj zanesljivo smrtna bolezen je v nekaj desetletjih prejšnjega stoletja postala obvladljiva, čeprav še vedno z umrljivostjo okrog 60 odstotkov, ki se je danes zmanjšala na desetino tega odstotka, kot v svojem prispevku »Zdravljenje ileusa skozi čas« piše S. Repše.

Današnja generacija zdravnikov (na srečo) ne ve več, kaj je to miserere, o katerem so nas še poučevali naši učitelji.



Anketa »Akutni abdomen v Sloveniji 2007/08« zajema vse akutne zapore črevesja v tem obdobju in je zanimiva predvsem zato, ker pokaže, s kako različnimi diagnozami so bili sprejeti bolniki v ustanovo. Škoda, da ni primerjalne tabele, kakšna je bila odpustna diagnoza.

Poglavje »Klinična slika« poleg opisa poučarja danes zapostavljeno vrednost natančne anamneze in kliničnega pregleda.

Patofiziološkim spremembam pri ileusu sledita dva prikaza diagnostičnih metod in hierarhije postopkov.

Enajst prispevkov govori o različnih vzrokih ileusa, od redkih (»Ileus pri bariatričnih posegih«) do tistih, ki so tako vsakdanji, kot je kronična intestinalna psevdoobstrukcija.

Kot je etiologija različna, so različne tudi terapevtske možnosti. Preseneča, da terapevtske možnosti v nasprotju z ne le laično predstavo niso vedno kirurške, saj je iz analize anketiranih bolnikov razvidno, da je bil operativni poseg potreben le pri nekaj manj kot polovici vseh bolnikov.

Obširno so prikazane vse novosti zdravljenja, s široko paletto, od laparoskopskega pristopa pa do redukcije invaginacije s hidrokolonom, ob ultrazvočni slikovni kontroli.

Večina prispevkov izvira iz Kliničnega centra, vabljeni predavanja pa prihajajo iz Münchna, Heidelberga, Trsta in Erlangen-Nürnbega. Iz Varaždina je še kratek referat o terapevtskih dilemah pri obstrukciji levega kolona. Vsa predavanja so v slovenščini z angleškim povzetkom, vabljeni pa v angleščini.

Vsi članki imajo seznam referenc, nekateri kar obširne (preko sto).

Številne so ilustracije besedil, večinoma z navedbo virov, tam, kjer manjkajo, si predstavljaj, da so izvirne, četudi avtor slik ni naveden.

Vsak članek ima angleški povzetek, slovenska medicinska terminologija je odlična. Ob današnji poplavi površnosti je imenitno, da je uredništvo našlo vse drobne napake, v kolikor jih niso že avtorji, celo tiste v tabelah, ki se po pravilu izogonejeto lektorjevemu očesu.

Boris Klun



Novost v delu radiologov – sistem prepoznavne govora

Rok Cesar

Slovenija je z ukinjanjem filmov v bolnišnicah in uvajanjem digitalnega shranjevanja slikovnih diagnostičnih metod pričela razmeroma pozno glede na nekatere druge evropske države, kot je na primer sosednja Avstrija, vendar po drugi strani v času, ko so sistemi za arhiviranje in pošiljanje slik (PACS) postali dostopnejši, torej cenejši in bolj dovršeni.

Ko so pred leti v SB Izola kot prvi v Sloveniji pričeli s postavljanjem PACS in uvajanjem radiološkega informacijskega sistema (RIS), smo vedeli, da se je razvoj na tem področju pričel tudi pri nas in da bodo filmi v nekaj letih postali preteklost.

Število bolnišnic, zdravstvenih domov in zasebnikov, ki ne uporabljajo več filmov, se veča.

Problemi komunikacije radiološkega informacijskega sistema (RIS) z bolnišničnim (HIS) se odpravljajo sproti, tako da skupno z informatiki in kliniki postavljamo uporabnikom prijazne sisteme, prilagojene posebnostim posamezne ustanove.

Glavni pobudnik uvajanja računalniške tehnologije v slovensko radiologijo, Branko Cvetičanin, dr. med., predstojnik radiološkega oddelka SB Izola, ima največ zasluga tudi za uvajanje novosti, ki se je še pred kratkim dozdevala znanstvena fantastika, to je sistema za prepoznavanje govora. Sistem je zdaj na voljo tudi v slovenščini in ga pri pisanju izvidov že uporabljamo v štirih bolnišnicah.

Programsko opremo je razvil Philips (»Philips speech magic«) in se uporablja že v številnih državah.

Čeprav ima slovenščina veliko posebnosti, tako zaradi pregibnosti besed (sklanjatve, spregatve, stopnjevanja pridevnikov...) kot zaradi različnih narečij in načinov govora, pa je postavitev takšnega sistema možna vsaj za razmeroma ozko področje strokovnega jezika.

Ob sodelovanju domačih in tujih strokovnjakov in predvsem z neprecenljivim vložkom Branka Cvetičanina prepoznavanje govora ni več snov za filmski scenarij, ampak orodje, ki ga radiologi uporabljamo pri vsakdanjem delu.

Razvoj je šel sprva skozi fazo nabiranja besed, z vnašanjem večjega števila radioloških diagnoz, ki so jih brali radiologi obeh spolov različnih starosti iz različnih koncev Slovenije.

Ko je bil besednjak dokončan, nam je bil sistem na kratko predstavljen in tako smo kar nestrpnost pričakovali, kdaj ga bomo lahko tudi v resnici vključili v naš vsakdanjik.

V drugi polovici minulega leta je sistem dozorel in tako smo ga med prvimi lahko preizkusili tudi v Bolnišnici Golnik.

Pri postavljanju tega orodja na osebno delovno postajo vsak radiolog nekaj minut narekuje pripravljeno besedilo, da se sistem prilagodi glasu in načinu izgovorjave. Prve ure so minile v prilagajanju obeh – radiologa in programske opreme – drug drugemu. Potem je steklo...

Prepoznavna govora je popolnoma vzpostavljena v bolnišnicah Izola, Ptuj in Golnik, delno pa tudi na Onkološkem inštitutu.

Zdaj smo na stopnji, ko radiologi že normalno uporabljamo prepoznavanje govora.

Sistem se lahko tudi sam uči. V začetku je potrebno pogosto popravljati nekatere besede ali besedne zveze, ki pa jih sistem po večkratnem ponavljanju osvoji, tako da je takšnega »ročnega« poseganja v zapis vse manj. Delo sicer zahteva večjo zbranost kot narekovanje na kaseto ali digitalni diktafon, saj računalnik ne bo napačno zapisal neznanne besede, ampak bo izbral tisto, ki je v naboru besed najbližja izgovorjeni. Popolne nesmisle največkrat takoj prepoznamo, včasih pa je beseda zelo podobna pravilni in napako lahko spregledamo. Enako velja tudi za napačno

uporabljene sklone, saj pri vnašanju besedišča vsak sklon pomeni nov vnos.

Hitrost govora že zdaj ne vpliva veliko na natančnost pisanja nareka, prav tako ni pomembna višina glasu.

Po prvih mesecih uporabe lahko novo tehnološko pridobitev ocenim pozitivno. Velika prednost je dejstvo, da je izvid zapisan takoj po nareku, sproti ga preberem in popravim, nato ga avtoriziram in v naslednjem trenutku se nahaja tudi v bolnišničnem informacijskem sistemu.

Nekaj jeze povzročata včasih le ponavljanje napak, a ker se sistem tudi sam uči, do tega prihaja vse redkeje. Na koncu ostaja le prgišče besed, ki so jih vnašali snovalci slovenskega sistema, a jih naš pravopis ne dovoljuje. Sodelovanje lektorja pri pripravi osnov in širjenju besedišča ne bi bilo odveč.

Sicer pa ne smemo pričakovati prebogatega besednega zaklada – navsezadnje radiološki izvidi niso leposlovje, ampak so namenjeni predvsem komunikaciji med zdravniki, ta pa je zaradi te novosti vsaj znotraj posamezne bolnišnice mnogo hitrejša, kot je bila doslej.

Kot rečeno, je sistem za prepoznavanje govora, ki ga uporabljamo v Sloveniji, razvil Philips. Upoštevajoč majhen trg ni verjetno, da bi se na trgu pojavil še kakšen ponudnik. Podjetje, ki trži sistem v Sloveniji, prodaja tudi sistem PACS/RIS. Tu je ponudnikov več, zato upamo, da bo sistem prepoznavne govora združljiv tudi s PACS/RIS drugih proizvajalcev.

Radiologi si veliko obetamo tudi od neposrednega povezovanja bolnišnic preko RIS, zlasti za potrebe konzultacije in pridobivanja drugega mnenja v zapletenih primerih. Povezava med nekaterimi bolnišnicami že deluje, vendar jih je med njimi še veliko, ki jih uvajanje PACS in RIS še čaka. Ustvarjanje osrednjega elektronskega arhiva radiološke slikovne diagnostike za Slovenijo pa je z današnje perspektive videti kot znanstvena fantastika – dokler tudi to poglavje ne bo zaključeno. ■

Pretok dokumentacije v bolnišnicah in zdravstvenih domovih

Pot dokumentacije od zdravnika do bolnika

Lenka Puh

Moja specialnost so pretočni dokumenti, in sicer kot podpora delovnemu procesu v smeri, da se poskrbi za čim bolj varno in učinkovito delo ter da se s »papirno vojno« po nepotrebnem ne izgublja časa.

Ve se, da je urejen delovni proces tisti, ki zaposlenemu pomaga, da svoje delo opravi v zdravem, ne preveč stresnem delovnem okolju oz. da je dovolj časa, da se da nepričakovane dogodke čim hitreje organizirati v standardne dogodke.

Na tak način se je tudi razvijalo moje poznavanje pretoka pacientove dokumentacije v času hospitalizacije pacienta do zaključka zdravljenja in do fizičnega arhiva. V svojem operativnem delu sem tako dobila tudi ime – Maparka. Fizični izdelek, ki sem ga v vašem delovnem okolju spreminjala. Mapa, kasneje voziček in sistem urejanja po določenem standardu, z nadaljevanjem interesa, da se ta red ohrani tudi v arhivu. Vse to z namenom, da se pri ponovnem vpogledu v dokumentacijo, zaradi potrebe zdravljenja v drugih oblikah, skrajša časa iskanja informacije, sočasno pa zadošča arhivski stroki in omogoča urejeno in produktivno delo medicinske administracije. V času 10 in več let so to področje razburkali nekateri novi zakoni, še posebej zakon o varovanju osebnih podatkov, na katere pa medicinska stroka ni bil pripravljena. Tu ste za moje poznavanje fenomen, saj niste znali pravilno postaviti svojih potreb procesa dela in iskati rešitve v tej smeri. Nekatera okolja so na hitro spremenila nekaj, da bo zadoščeno zakonu, kar pa seveda ni bil cilj nikogar, tudi zakonodajalca ne, ki je hotel zaščititi nekoga, ne pa ga ogroziti.

Pri samem zdravljenju sodeluje zelo veliko različnih ljudi, informacije na dokumentu morajo biti zapisane tako, da so dokončne in vedno dostopne. Po drugi strani pa je

informatika tista, ki je nepogrešljiva in njen razvoj zelo pomemben. Problem je, da mora biti ta razvoj ves čas v sozvočju z delovnimi procesi in s tem tudi z razvojem urejanja dokumentacije v celoti in ne po svojem tiru.

Ta prisposoda nekega tira, neke poti pa je tista, ki bi jo uporabila za razlago moje vizije, ki je idealistična, vendar uresničljiva in jo delim sedaj že z večjo skupino ljudi.

Zdravljenje je timsko delo - Pred začetkom pisanja sem si prebrala zanimive misli gospoda Davida B. Voduška v Isis 8-9/2007 na 176. strani in jasno opisane tri lastnosti zdravnikov v zapisu Martina Bigca, objavljenem v št. 6/2007 na strani 124. Glavno sporočilo je namreč, da je zdravljenje timsko delo. Da se morajo v timu odgovornosti, glede na strokovnost, razdeliti. Ob tem se ne sme pozabiti, da se razvoj dogaja na vseh področjih in da je tudi odgovornost, kdaj se katera nova stvar, novo dognanje vključi v delovne procese, odgovornost, za katero se mora vedno določiti, kdo ima največ strokovnega znanja in kdo bo za to odgovarjal, če zadeva ne bo uspešna. In tu je včasih zaprtost določenih krogov, zadostnost pretoka določenih informacij in prenosa kulture razvoja iz ene stroke v drugo napačna.

Za nove prijeme je potrebna velika previdnost, velik razmislek, kadar so v to vključeni rezultati z zakasnelim delovanjem ali z možnostjo velike škode in napak. To je sistem, kjer se dela timsko in kjer se lahko oz. se zdravljenje seli tja, kamor se seli pacient. Ves čas pa želim imeti pri sebi čim več svojih zdravstvenih podatkov, dokumentov, informacij, ki jih želim po potrebi pokazati zdravniku, ki mu zaupam, da bo lažje, hitreje, učinkoviteje pozdravil mojo težavo. Na koncu želim, da se vse skupaj znajde v moji e-kartoteki, ki ne bo prav v ničemer ogrozila, omejevala vaših delovnih procesov, ki ne bo dodatno obremenjevala nobenih fotokopirnih strojev, ki ne bo ogrozila vaše strok-

ovne in pravne varnosti, ki bo stroškovno učinkovita za ves sistem. In bo stroškovno učinkovita tudi za mene.

Ali je to uresničljivo? Ali smo dovolj zrela družba, da k temu vsi prispevamo vse, kar znamo, in da izkoristimo najsodobnejši zakon o arhiviranju v smeri elektronskega arhiviranja? Ali smo pripravljeni deliti stroške, odgovornosti in ideje? Ali smo sposobni skupaj standardizirati medicinsko administracijo in tudi strokovni poklicni razvoj le-te ter kaj narediti za naš denar, ki ga imamo v skupni EU-blagajni?

To so vprašanja, na katera se išče odgovore na vseh ravneh, na mnogih deloviščih in se jih bo iskalo tudi na konferenci o medicinski administraciji, ki bo v kratkem razpisana in izvedena v mesecu maju. Vljudno vabljeni...

(Lenka Puh je ustanoviteljica podjetja Jazon, d.o.o., oskrbovalec pisarn, ki je na trgu 19 let, zadnjih pet let zaposluje invalide, ki so usposobljeni za sanacijo fizičnih arhivov. Je soavtorica sistema ZDS – zdravstveno-dokumentacijskega sistema, ki v polni meri ergonomsko sledi delovnim procesom in z barvami krajša čase pri iskanju vsem, ki so vključeni v proces zdravljenja, v sozvočju z informatizacijo in preglednim fizičnim arhiviranjem.)



Akademik Marko Gerbec (1658–1718)

Zvonka Zupanič Slavec

Kdor dela svojih slavnih prednikov ne časti, njih vrli naslednik biti vreden ni.
(slovenski rek)

Uredništvo Izide se je letos odločilo, da na naslovnica predstavi protagoniste slovenske medicine. Ti posamezniki so s svojim delom in izsledki prehiteli čas, zdravstvenih problemov so se lotevali na drugačen način in so prišli do rezultatov, ki so bili nekaj novega. Zato nam morajo biti njihova imena in njihovo delo blizu in v stanovski ponos. S takšnimi koreninami je slovensko zdravništvo prizemljeno, močno in nas ne premakne vsak piš.

Januarska naslovnica ne pritegne pozornosti s portretom, ampak z likovno upodobitvijo plakete Marka Antona Plenčiča. Plaketa je nagrada najzaslužnejšim slovenskim mikrobiologom za ustvarjalno delo in je grafično delo akademskega slikarja Milana Batiste. Prikazuje nenavadni svet drobnih živih bitij, ki jih je svetovni predhodnik mikrobiologije Solkanec Marko Anton Plenčič (1705–1786) znal predvideti pred časom Pasteurja in Kocha in je celo zapisal revolucionarno misel, da ima vsaka bolezen svojega specifičnega povzročitelja. Žal pa se nam ni ohranila Plenčičeva podoba. Inštitut za zgodovino medicine je leta 1998 izdal prevod osrednjega Plenčičevega dela *De contagii morborum*.

Za mesec februar smo izbrali največje ime slovenske medicine, zdravnika Marka Gerbca (1658–1718), rojenega v Šentvidu pri Stični, ki je v baročnem času na naših tleh znal dati medicini svežega duha. Dunajski, padovski in bolonjski študent medicine je sledil tokovom takratne dobe. Bil je Malpighijev učenec, vzornika za klinično medicino pa je našel v takratnem »angleškem Hipokratu« Thomasu Sydenhamu. Po njegovih načelih je Gerbec natančno opazoval bolnike in bolezenske znake, ki jih je razumel kot posledice kemičnih sprememb v telesu, jih analiziral, ustrezno ukrepal in z avtopsijami preverjal. Pri kliničnem delu je teoretična izhodišča znal dvigniti na višjo raven, najti boleznim nove razlage, pri katerih je popisal tudi nepravilni način življenja, socialne vzroke in alkoholizem. Njegova izjemna moč opazovanja in sprotnega zapisovanja nam je ohranila nad 70 razprav iz treh desetletij njegove prakse. Zapise o posameznih boleznih in bolnikih je objavljal v takratnem glasilu *Ephemerides* oz. *Miscellanea*, znanstvenem časopisu akademije naravoslovcev na Dunaju (*Academia Cesarea Leopoldino-Carolina*). V njene vrste je bil prejet, ko mu je bilo 30 let. Leta 1692 je Gerbec strnil svoja



Bakrorez akademika Marka Gerbca - Marcus Gerbezius - je delo Eliasa Böckha iz leta 1705 in je ohranjen v Narodnem muzeju v Ljubljani.



Naslovnica Gerbčevega dela *Intricatum-Extracatum medicum, seu tractatus de morbis complicatis* iz leta 1692.

osrednja spoznanja o zdravju in bolezni v knjigi *Intricatum-Extracatum medicum, seu tractatus de morbis complicatis*, leta 1710 pa je popisal tudi spoznanja o ljubljanski klimi. Poročila o boleznih je objavljala kot letne konstitucije in jih delno leta 1713 tudi ponatisnil v knjigi *Chronologia medico-practica*. V isti knjigi, ki je izšla v Frankfurtu, je ponatisnjeno tudi delo *Intricatum-extracatum medicum*... ter poročilo o goveji kugi. Krajsja poročila o boleznih iz let 1709 do 1717 so izšla v dodatkih k reviji *Ephemerides*.

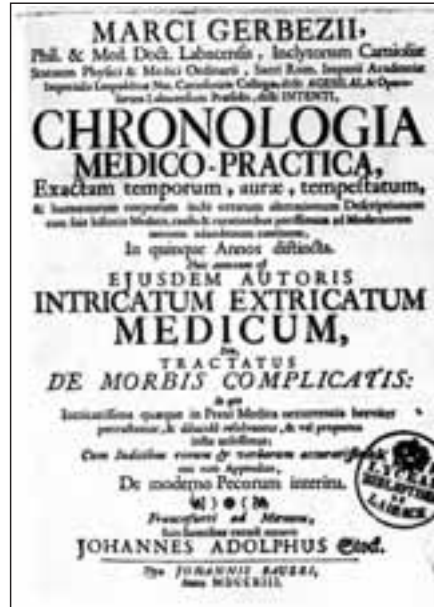
Gerbčevo delo je posegalo na številna področja: klinični opisi se dotikajo bolezni srca, pljuč in žolčnika, pa nalezljivih bolezni kot pegavice in malarije ter septičnih stanj in vitalnih indikacij za umetni splav. Leta 1703 je diagnosticiral in opisal poškodbo vranice in njeno kirurško odstranitev, kar so slovenski kirurgi gastroenterologi (prof. S. Repše) prevzeli kot prvi strokovni opis v slovenski abdominalni kirurgiji. Naš znanstvenik je razumel tudi pomen naravnih zdravilišč in popisal indikacije za zdravljenje v Rogaški Slatini in v Dolenjskih Toplicah. Izpod njegovega peresa je izšlo tudi prvo pomembno slovensko veterinarsko poročilo o goveji kugi, ki ga je veterinar prof. Jože Jurca prevedel iz latinščine v slovenski jezik. Najbolj znano pa je Gerbčevo delo na področju kardiologije: leta 1691 je popisal absolutno aritmijo, 1704 mitralno hibo, leta 1717 (objava 1718) pa je objavil prvi opis simptomatike popolnega atrioventrikularnega srčnega bloka z bradikardijo in sinkopami. V tistem času je bil zapis spregledan, leta 1761 pa ga je med branjem *Ephemerid* prepoznal znameniti italijanski patolog Giovanni Morgagni in ga je v svojem osrednjem patološkem delu kar enajstkrat citiral. Že leta 1731 pa je Gerbčevo spoznanje prepoznal tudi patolog iz Ženeve J. J. Magnet in ga citiral v svojem enciklopedičnem delu. Isto motnjo sta šele dobro toletje po Gerbcu opisala škotska zdravnika Robert Adams (1827) in William Stokes (1846). Zdravništvo po svetu pa jo je po njiju poimenovalo za Adams-Stokesovo sinkopo.



Allusio ad Symbolum.

N Omnia, lasque tibi cupia, ut possi feta superant
Nunc fac virtutis fiat tibi mella dapes.
Non vepres apibus, sed lina pascua prebent
Non vitia, sed virtus fuit alimentis proba.
Impeda fac fugias, ut sis ad Inania sanctorum
Iustum, Nobis sic Operosorum.
E 3

Gerbčev simbol v *Apes Academiae Operosorum*.



Naslovnica Gerbčevega zbranega dela pod naslovom *Chronologia medico practica*, ki ga je ponatisnil v Frankfurtu ob Maini leta 1713.



Gerbčev doprinski kip, delo akademskega kiparja Matjaža Počivavška, od leta 1998 krasí pročelje ljubljanske kresije, nekdanjega meščanskega špitala na Stritarjevi ulici pri Tromostovju.



Upodobitev zdravniškega posveta ob bolniški postelji, ki neznano diagnozo razvozla, kot se razvozla vrstica, ki jo drži desni zdravnik v desni roki. Upodobitev je iz Gerbčeve knjige *Intricatum-Extrictatum medicum ...* (Zavozlano-razvozlano v medicini).



Soba štiridesetih na Univerzi v Padovi, kjer je nad stopnicami v zelenem oblačilu upodobljen dr. Marko Gerbec. Pred njim je govornica s kipom Galilea Galileja. Po tej Gerbčevi portretni predlogi je pred desetletjem akademski slikar Rudi Španzel zrisal nov Gerbčev oljni portret, ki krasí dekanove prostore na ljubljanski medicinski fakulteti.

Slovenski zgodovinarji medicine, povezani s kardiologi, so leta 1977 pri Jugoslovanskem kardiološkem društvu v slovenščini, srbohrvaščini in angleščini izdali knjižico o Gerbčevem primatu. Društvo je predlagalo poimenovanje motnje kot *Syndroma Gerbezius-Morgagni-Adams-Stokes* oz. Sy. GMAS. V svetovno javnost je informacija vstopila z objavo slovenskih zgodovinarjev medicine in kardiologov (D. Mušič, P. Rakovec, A. Jagodic, B. Cibic) v reviji *Pace* leta 1984. Gerbčev primat se je po tem pojavil v knjigah

o razvoju kardiologije: Louis J. Acierno *The History of Cardiology* – 1994, Berndt Lüderitz *History of the Disorders of Cardiac Rhythm* – 2002 in v članku O. Aquilina *A brief history of cardiac pacing* v reviji *Images of Paediatric Cardiology* – 2006. Danes se Gerbčevo ime pojavlja tudi na svetovnem spletu; žal je ponekod imenovan za Avstrijca in celo Avstralca. Pot do mednarodne uveljavitve Gerbčevega odkritja je bila več kot dolga in le vztrajnim slovenskim zdravnikom gre priznanje, da so pri tem uspeli.

Še nekaj besed o Gerbčevem javnem delu. Leta 1693 je bil med ustanovitelji prve akademije na slovenskih tleh *Academiae operosorum* in je bil med letoma 1712 in 1713 predsednik njenega medicinskega razreda. Leta 1688 je bila v Ljubljani ustanovljena jezuitska Dizmova bratovščina s 26 člani, plemiči, izobraženci in umetniki, med katerimi je bil tudi dr. Gerbec. Sam pa je leta 1712 ustanovil Bratovščino Kozme in Damijana, ki je združevala takratne zdravnike – fizike in kirurge na Kranjskem.



Slovensko zdravniško društvo zaslužnim zdravnikom poklanja Gerbčeva priznanja in medalje.

Akademik Marko Gerbec velja za utemeljitelja slovenske znanstvene medicine in ga tudi mednarodno upoštevajo. Na to kaže tudi njegov portret v Sobi štiridesetih na Univerzi v Padovi, kjer so upodobljeni najuspešnejši tuji študenti

njihove univerze. Zaradi Gerbčevih zaslug se je Slovensko zdravniško društvo leta 1968 odločilo, da najvišja priznanja za zdravniške dosežke, ki jih podeljuje na štiri leta, poimenuje po njem. Pri Slovenski znanstveni fundaciji obstaja Sklad Marka Gerbca, ki letno razpiše eno štipendijo za področje medicinskih ved. Sklad je naslednik Gerbčeve oporoke, saj je nesrečnemu očetu umrlo vseh 11 otrok in je del svoje zapuščine namenil bodočim zdravnikom. V ljubljanski Semeniški knjižnici je ohranjena dragocena znanstvenikova knjižnica. Slovenska akademija znanosti in umetnosti je leta 1971 s spominsko ploščo obeležila Gerbčevo rojstno hišo, na pročelju ljubljanske kresije, kjer je bil včasih meščanski špital in je Gerbec delal kot mestni fizik, pa od leta 1998 nanj spominja broneni doprski kip. Elias Böck je napravil leta 1705 njegov bakrorez, po katerem se nam je ohranil genijev lik. Za Gerbčevo 350-letnico rojstva bomo na Inštitutu za zgodovino medicine v sodelovanju z Založbo ZRC SAZU leta 2010 izdali slovenski prevod njegovega dela *Intricatum-Extricitum medicum, seu tractatus de morbis complicatis* in ga tako preko njegovega dela približali slovenskemu zdravništvu in inteligenci. ■



Portret akademika Marka Gerbca je delo akademskega slikarja Rudija Španzla iz leta 1996.

Iz patografije slavnih glasbenikov

Vzrok smrti P. I. Čajkovskega (1840–1893): kolera ali samomor, ali oboje?

Utrinki iz življenja skladatelja, zlasti na osnovi dopisovanja z Nadeždo von Meck

Pavle Kornhauser

Prolog

V simfonični glasbi je skladateljeva slutnja smrti pretresljivo predstavljena zlasti v črni maši W. A. Mozarta in G. Verdija (kar je sicer pričakovano glede na besedilo: *Requiem aeternum dona eis...*), v uvodu opere *Tristan in Izolda* R. Wagnerja ali v zadnjem stavku 9. simfonije G. Mahlerja. Najbolj pa me prizadene, stisne v grlu, ko poslušam 6. simfonijo, imenovano »patetična«, Pjotra Iljiča Čajkovskega, ki kromatično izzveni v pianisimu: slišim jok in čutim obup skladatelja, ki se poslavlja od življenja. Tudi v resničnosti, saj je le nekaj dni po prvi javni izvedbi simfonije umrl v Sankt Peterburgu.

Usoda Čajkovskega še danes razburja domišljijo. Ta zelo ploden skladatelj, ki je dosegel mojstrstvo šele v zadnjih letih ustvarjanja, je bil – tudi za merila »romantičnega« obdobja v zgodovini umetnosti – izrazito »nekonvencionalen« glede družabnega življenja, glede norm v medsebojnih odnosih, ki so veljale v ruskem cesarstvu. Če smo seznanjeni z življenjepisom P. I. Čajkovskega, bomo lažje ocenjevali tudi njegova bolezenska stanja, ki so bila pretežno posledica duševnih motenj. Zlasti težave s prebavili lahko vključimo med psihosomatske bolezni. Podatkov o osebnem življenju skladatelja je veliko, zlasti v zabeležkah njegovega mlajšega brata Modesta, ki ga je spremljal skoraj ves čas; vendar je, razumljivo,

malo o temnih straneh njegovega značaja, saj bi bila sicer prizadeta čast družine. Poznavalci trdijo, da je v porevolucionarnih časih, zlasti v času Stalinove vladavine, prišlo do čistke tudi v uradnih dokumentih, ki bi lahko očrnilo ruske velikane.

Nekaj biografskih podatkov

P. I. Čajkovski je potomec precej obubožane uradniške družine. Tudi skladatelj je imel vse življenje denarne težave, zlasti ker je veliko potoval in bival v zahodnih državah Evrope, pozneje pa tudi zaradi velikih stroškov soproge, s katero sicer ni živel, hotela pa je imeti razkošje. Pravijo, da nikoli ni odrekel pomoči prijateljem



Oljni portret skladatelja, leta 1883 ga je naslikal N. D. Kuznecov.

ali služabnikom, ki so ga prosili za denar. Šolal se je v Sankt Peterburgu, »pravno šolo« je zaključil z 19 leti. Ves čas je prebival v fantovskem internatu in tudi pozneje je izbiral le moško družbo. Kmalu se je odločil, da se bo posvetil izključno glasbi, bil je med prvimi učenci glasbenega konservatorija, ki ga je ustanovil Anton Rubinstein. Diplomiral je kot najboljši študent in Nikolaj Rubinstein, brat Antona (iz judovske družine, oba sta se dala krstiti, kar je bil očitno pogoj za javno uveljavitev), ga je ne le nastavil za profesorja moskovskega novooblikovanega konservatorija, temveč ga je za šest let sprejel za stanovanjskega podnajemnika. Nikolaj Rubinstein je leta 1876 na Čajkovskega opozoril Nadeždo von Meck, bogato vdovo (njena palača v Moskvi je imela 52 sob!), ki je že bila mecenka številnim skladateljem (naj omenim le C. Debussyja ali A. Wieniawskega), ki se je navdušila nad glasbo mladega skladatelja, obenem pa jo je – po pripovedovanju – pritegnila tudi osebnost plašnega, osamljenega, sicer očarljivega umetnika. Sprva mu je plačala za naročene skladbe, potem pa redno vsak mesec visoko »rento«. Iz današnje »perspektive« se nam zdi skoraj neverjetno, da se v skoraj 15 letih »platonskega prijateljstva« nista nikoli srečala, ohranjena pa so njuna pisma, iz katerih veje medsebojno spoštovanje, zaupanje, ljubezen. Gospa von Meck je vsa leta odklanjala osebni stik z umetnikom (danes, v dobi mobilnih telefonov, bi se verjetno slišala...), kar je ugajalo tudi skladatelju.

Ko se je Čajkovski preselil v Moskvo, je imel 26 let. Z »uverturo« – skladbo lahko imenujemo simfonična pesnitev – Romeo in Julija je doživel prvi odmevni uspeh. V Moskvi, kot podnajemnik Rubinsteina, ni imel miru, ki ga je njegova plašna narava potrebovala. Celou pouk na konservatoriju se je odvijal v tem stanovanju. Tako je pisal sestri Aleksandri Davidovi: »Malo po malo se navajam na Moskvo, čeprav se počutim bolešno osamljen. Za mene Moskva ostaja še vedno tuje mesto.« In bratu Anatolu: »Moji živci niso v redu. Tukaj me vsi skušajo ustrahovati, da bom kmalu umrl. Želel bi se zateči v oddaljeno neobljudeno krajino.« Ni mogel spati, imel je trebušne krče in čutil je »pritisk krvi v glavi«, kar je imenoval za »apoplektične simptome«. Zdravnik mu je predpisal »okrevanje in nič komponiranja«. Seveda brezuspešno. »Sem kot medved, ki v jami grize sam sebe in lastne skladbe, ki jih ves čas slišim v glavi...« Poskušal je biti dirigent lastnih skladb, vendar zaradi plahosti in pomanjkanja samozavesti ni bil uspešen. Še sreča, pravijo, da je orkester dobro obvladal partituro in ni upošteval navodil dirigenta... Po tem nastopu spomladi 1867 več kot eno desetletje ni vodil orkestra, čeprav je njegova 1. simfonija pod njegovim vodstvom doživela velik uspeh pri poslušalcih v Moskvi, za razliko od prazvedbe v Sankt Peterburgu. Hudo je bil prizadet zaradi uničujoče ocene Rubinsteina o njegovem – pozneje slovitem – klavirskem koncertu v b-molu, ki mu je dejal, da je delo slabo, da se ne da igrati, da je potrebno temeljite prenovne. Nekaj let kasneje je Čajkovski v svojem pismu orisal razburjenje po tako neusmiljeni kritiki: »Nisem kakšen neumen fant, ki šele skuša skladati, in ne potrebujem nauka s tako sovražnimi navodili.« Rubinsteinu je skladatelj povedal, da v partituri ne bo spremenil niti note. Čajkovski je prečrtal posvetilo Nikolaju Rubinsteinu in ga napisal Hansu von Bülowu, nemškemu pianistu in dirigentu, ki je skladatelja občudoval in njegovo glasbo promoviral na Zahodu. Za igro usode lahko ocenimo, da je petnajst let pozneje Čajkovski klavirski koncert res temeljito obdelal, pianist Rubinstein pa si je premislil in je ta koncert pogosto igral na svetovnih odrih.

Dopisovanje med Nadeždo von Meck in P. I. Čajkovskim

Gospa von Meck, izredno razgledana in poslovno uspešna vdova industrialca, v njeni lasti je bila edina zasebna železniška proga med Moskvo in Uralom, mati 12 otrok, je po smrti moža našla smisel življenja v mecenstvu mlajših glasbenikov. Čeprav je vodila veliko podjetje in upravljala posesti na deželi, ni želela



Nadežda Filaretovna von Meck (1831-1894).

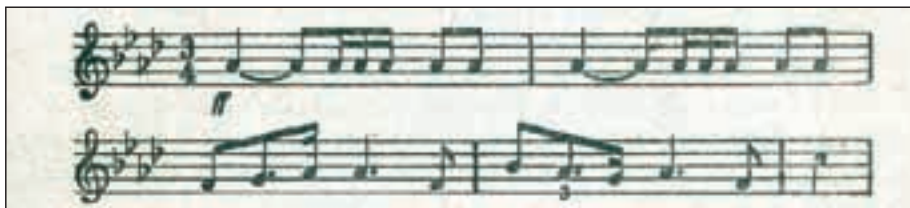
imeti stikov s tujimi ljudmi. V enem od pisem, naslovljenih na P. I. Čajkovskega, razmišlja: »... lahko zatrdim, da sem bolj plašna od Vas, ker sem odnose s svetom prekinila do te mere, da z nobenim ne spregovorim v hotelih, v trgovinah, kot da ne razumem jezika.« Obenem je bila gospodovalna v družinskem življenju, odločala je celo v imenu že polnoletnih otrok. Tudi gospa von Meck je hrepnela po ljubezni, vendar ne telesni: ta občutek ji je nudil P. I. Čajkovski in njegova glasba. Navajam skrajšani izvleček iz njenega prvega pisma skladatelju, ko je pristal, da bo upošteval njene želje za novo skladbo (ni znano, kaj si je zaželela). »Nadežda Filaretovna Pjotru Iljiču. Moskva, 30. decembra 1876. Zelo spoštovani gospod Pjotr Iljič! Iskrena hvala, da ste tako hitro izpolnili mojo željo. Nepotrebno bi bilo poudariti, kakšno navdušenje zbuja Vaša glasba v meni, da mi življenje postane lakše in bolj ugodno.« In Čajkovski ji je takoj odgovoril: »Dovolite, da se zahvalim za več kot velikodušno nagrado za tako majhno delo. Zakaj ste bila v zadregi, da bi mi povedali vse, kar razmišljate? Saj so tudi moji občutki do Vas najbolj topli.«

V enem od naslednjih pisem je gospa von Meck najbolj primerno izrazila svoj odnos do P. I. Čajkovskega z besedami: »Za mene je človek – muzik najboljše bitje. Iščem priložnosti, da bi čim več prebrala o Vašem življenju in bi za mene postali še bolj dragi. Bojim se srečanja z Vami. Raje prisluškujem Vaši glasbi in v daljini mislim na Vas.«

Znano je, da se je Čajkovski v lastnih denarnih zadevah obnašal zelo neodgovorno, kar se je zaostriilo zlasti v povezavi z njegovo poroko na pomlad leta 1877. Gospo von Meck je zaprosil za 3000 rubljev kot predračun za naročene skladbe (to je bilo več, kot so znašali njegovi letni dohodki!), kar je takoj odobrila. P. I. Čajkovski ji odgovarja: *»Zelo spoštovana Nadežda Filaretovna! Včeraj sem doživel najtežji dan lastnega življenja, sramoval sem se pred Vami. Zlorabil sem Vašo dobroto, velikodušnost in občutek nežnosti. Zapletal sem se v dolgove, ki zastrupljajo življenje in paralizirajo žar za delo. Ne vidim izhoda brez tuje pomoči. Upam, da moje pismo ne bo škodovalo Vašemu prepričanju, da sem pošten. Delal bom pridno na operi na libreto po Puškinovem Evgeniju Onjeginu. Koliko poezije vsebuje!«*

Odnos Čajkovskega do žensk in njegova poroka

Ko beremo objave biografov, ki so zabeležene še za življenja P. I. Čajkovskega, zlasti pa iz dopisovanja skladatelja z vdovo von Meck (vsa ta pisma so bila prvič v celoti objavljena v Moskvi v letih od 1934 do 1936 v treh obsežnih zvezkih), o homoseksualnih nagnjenjih skladatelja ni izrecnih potrdil. So pa znane njegove osebne posredne izjave, prav tako njegovih sodobnikov, ki brez dvoma potrjujejo njegovo istospolno nagnjenje, ki je usodno zaznamovalo življenje umetnika. Upoštevati moramo, da so v cesarski Rusiji kaznovali homoseksualce kot zločince z izgonom v Sibirijo. S poroko naj bi zavrnil govorice. *»Moram se resno potruditi, da*



Osnovna, uvodna tema 4. simfonije v f-molu: »Usoda trka na vrata.« (Podoben motiv najdemo v Beethovnovi 5. simfoniji!)

bi se poročil z vsemi formalnostmi,« piše bratu leta 1877. *»Zavedam se, da so moja nagnjenja največja in nepremostljiva ovira na moji srečni poti in se moram z vsemi močmi boriti zoper svojo naravo.«* P. I. Čajkovski naj ne bi imel nikoli ljubezenskih dogodivščin. Biografi omenjajo le njegovo bežno simpatijo do francoske pevke, ki je gostovala v Moskvi v zimski sezoni leta 1868, in še ta je bila bolj usmerjena v občudovanje njenega petja, ne pa ženske. Deset let pozneje se je v Čajkovskega, ki je imel takrat 37 let, zagledala njegova učenka Antonina Miljukova, ki mu je začela pisati strastna pisma in mu zagrozila, da bo naredila samomor, če jo bo odklonil. Antonina Miljukova je bila še ne dvajsetletno ljubko dekle, ki je bila sicer podpovprečne pameti, prepričana, da so vsi moški nori na njo. (Njena pisma so ohranjena, odgovori Čajkovskega so bili uničeni. Na tem mestu naj še omenim, da je za desetletje preživela skladatelja, vendar zadnja leta v norišnici!). Dvome in obup je zaupal ponovno le svoji zvesti zaščitnici, gospe von Meck: *»Koncem maja sem na svoje veliko presenečenje postal zaročenec. Že na srečanju pri dekletu na njenem domu sem ji povedal, da sem sicer počaščen zaradi*

njene ljubezni, vendar mi ne pomeni ničesar, da sva lahko le prijatelja. Pojasnil sem ji tudi svojo naravo, strah pred ljudmi, svojo živčnost. Kljub temu mi je odgovorila, da se želi poročiti z menoj.« Vsa družina Čajkovskega je bila presrečna, da je njihov Pjotr dobil priložnost za poroko, pritiskala je nanj, naj se vendar poroči, kar se je tudi zgodilo, sicer brez slavlja, celo brez njegovih najožjih sorodnikov. Bratu Anatoliju piše: *»Od tako grozljivega dneva, kot je bil 18. junij (dan poroke!), ne morem hitro okrevali. Moja žena ni dojela, v kakšnem obupnem duševnem stanju se nahajam, očitno je srečna in zadovoljna. Od mene ne pričakuje ničesar. Telesno svojo ženo do skrajnosti zavračam. Na njej ne leži nobena krivda. In tako mi preostane le, da se hlinim. Zaželel sem si smrt, čeprav ljubim življenje in lastno delo, bodoče uspehe.«* Že dan po poroki piše gospe von Meck: *»Razmišljam le o tem, da bi zbežal... Kamor koli, vendar kako in kam?«* Ponoči se je več ur sam sprehajal skozi prazne moskovske ulice. V obupu – tako se je baje izpovedal prijatelju – je stopil v ledeno mrzlo reko, ki pa ni bila dovolj globoka, da bi se utopil. Čajkovski se je zavedal, da je v globoki duševni krizi, da mora takoj spremeniti okolje. S pomočjo brata Anatolija se je odpravil v Sankt Peterburg, kjer je doživel živčni zlom. Po enotedenskem okrevanju se je odpravil naprej v Berlin in od tam na obalo Ženevskega jezera. V tujini je kmalu ugotovil, da je brez denarja in je zaprosil za pomoč Nadeždo von Meck, ki mu je takoj nakazala visok znesek in ponovno odobrila letno rento ne le njemu, temveč tudi njegovemu bratu Modestu, ki je očitno neodgovorno zapravljaj denar. Svoji dobrodelni rešiteljici je Čajkovski nemudoma odgovoril: *»Nadežda Filaretovna, vsaka nota, ki jo bom napisal, bo posvečena Vam. Ne pozabljam, da ste mi Vi omogočili, da se še naprej posvečam umetniškemu poklicu. Naj moja glasba, namesto mene, kaže, da Vas ljubim iz vsega srca in duše.«*



P. I. Čajkovski z brati Anatolijem, Nikolajem, Ipolitom in Modestom. Sankt Peterburg, 1890.

Večmesečno bivanje P. I. Čajkovskega v tujini

Po živčnem zlomu v Sankt Peterburgu, kamor se je zatekel iz Moskve, da bi se osvobodil prisotnosti žene, se je z bratom Anatolijem odpravil v tujino. Niso načrtovali, kam vse jih bo

vodila pot, ne kako dolgo bo trajala. Skozi Berlin so odšli v mestece Clarens na obali Ženevskega jezera, kjer so bivali številni premožni Rusi, pa tudi politični begunci. Ko je obtičal v hotelu brez denarja (lahko si predstavljamo, kakšne posledice za skladatelja bi sledile!), je dobil novo denarno nakazilo od Nadežde von Meck. Novembra 1877 so ga ponovno pestile prebavne težave; svetovali so mu znanega pariškega zdravnika, s katerim ni bil zadovoljen. »Pustil me je dolgo čakati. Komaj sem začel pripovedovati o lastni bolezni, me je prekinil, da on to vse ve že na pamet. Predpisal mi je zdravila in sklenil pogovor z izjavo, da je moja bolezen neozdravljiva, da pa z njo lahko živim sto let,« piše Čajkovski gospe von Meck. Iz Švice se je odpravil v Italijo, najprej v Firence, potem v Rim, vendar v pismih že obžaluje, zakaj je zapustil Clarens. Brat Anatolij se je vrnil v Moskvo in s seboj nesel prvo dejanje opere Evgenij Onjegin, Pjotr Iljič pa je sam odpotoval naprej v Benetke. Ko je sprejel novo denarno nakazilo gospe von Meck, se mu je povrnila volja so skladanja. »Delam navdušeno na najini novi simfoniji (4.),« ji sporoča, »to delo bo najboljše, kar sem ustvaril.«

Da se ne bi počutil osamljenega, je poklical iz Rusije svojega slugo, pozneje pa se mu je ponovno pridružil brat Metod. Obenem je vse bolj čutil hudo domotožje, ki ga je prepričljivo izrazil v novem pismu gospe Nadeždi: »Mene je enostavna ruska krajina, sprehodi skozi polja in gozdove, pripeljala v takšno stanje, da sem se vrigel na tla iz ljubezni do narave.« Zakaj je zanj Rusija zaprta, v pismih ni pojasnjeval: ne o svojem gnusu do žene, še manj o svojih homofilnih nagnjenjih. Čez kakšen teden je bila simfonija dokončana

in jo je Čajkovski poslal v Moskvo, kjer je bila izvedena 22. februarja 1878 pod taktirko Nikolaja Rubinstejna. Usoda pomembnejših skladb Čajkovskega je bila, da so pri prvih izvedbah doživeli slab sprejem in odmev. Spomnimo se, da je slavni Rubinstein odklonil, da bi igral njegov klavirski koncert v b-molu. Zgodba se je ponovila s slovitim violinskim koncertom (edinim, ki ga je skladal), saj so ga odklanjali violinisti, češ da je tehnično neizvedljiv. Pri izvedbi tega koncerta decembra 1881 na Dunaju so nekateri poslušalci glasno protestirali: znani glasbeni kritik Eduard Hanslick (nasprotnik J. Brahmsa!) je bil neokusno oster, ko je zapisal, da violina »praska, vpije«, da predstavlja pijano rusko veseljačenje, da ta glasba smrdi.

Vrnitev P. I. Čajkovskega v Rusijo

Po polletni odsotnosti se je skladatelj le odločil vrniti se v domovino. Čeprav iz njegovih pism gospe von Meck večkrat veje huda depresija, je bilo razdobje življenja v Švici in Italiji za umetnika izredno plodovito: dokončal je 4. simfonijo, koncert za violino in orkester, opero Evgenij Onjegin in še številne skladbe za komorne sestave, klavir in tudi samospelve. Gospa von Meck ga je obveščala o uspehu njegovih del v Rusiji; urejala se je njegova uradna ločitev od žene; moskovski konservatorij ga je večkrat prosil, da bi ponovno prevzel profesorske naloge. Sprva se ni odločil, da bi se nastanil v Moskvi, raje je živel na posestvih sorodnikov in gospe von Meck. Dopisovanje z Nadeždo von Meck je postalo vse pogostejše, skoraj vsakodnevno sta izmenjala pisma, ki so bila zelo zajetna. Na več

straneh se pogovarjata sproščeno o družinskih zadevah, saj je imela gospa von Meck 12 otrok, tudi Čajkovski je imel več bratov in sester. V pismih obravnavata področja družabnega življenja v Moskvi in Sankt Peterburgu, tudi »čenče« o glasbenikih; gospa von Meck obširno razlaga lastna nagnjenja do glasbe in posameznih skladateljev in o tem sprašuje za mnenje Pjotra Iljiča. Najbolj zanimiva in vredna vsebina pisma je umetnikova razlaga o načelih, ki jih upošteva pri skladanju, o oceni lastnih del in o načrtih za prihodnost. V enem od pism izjavlja: »Umetnik vodi dvojno življenje: navadno življenje človeka in življenje umetnika. Glavni pogoj za ustvarjanje je, da se osvobodiš skrbi za prvo. Za umetnika je lenoba pogubna.« In nadaljuje: »Jaz načեčkam načrte na prvi komad papirja, ki mi je pri roki. Melodije si ne morem predstaviti drugače, kot skupaj s harmonijo. Obdelava osnovnih misli mi pomeni neizmerno srečo in zadovoljstvo, obenem nemir in razburjenost. Vendar je treba osnutek kritično obdelati, popraviti, dopolniti, da bi odgovarjala zahtevam, ki jih terja oblika. Zadovoljen sem, ko ugotavljam, da napredujem na poti do popolnosti.« Čez nekaj tednov piše gospe von Meck iz Sankt Peterburga, kamor se odpravil na obisk k bolnemu bratu Ipolitu: »Časopisi pogosto pišejo o meni, tudi v tujini. Jaz pa bi želel zbežati, se skriti. In tako je moje življenje podobno usodi kakega zločinca. Vi me razumete bolj kot kdorkoli drug, moja ljubljenca in mila prijateljica...«

P. I. Čajkovski je bil že več let nezadovoljen s poučevanjem teoretičnih predmetov na moskovskem konservatoriju; imel je čez 20 ur predavanja in še vaje pouka čez teden, ki so mu omejevale



Počitniško prebivališče P. I. Čajkovskega v Klinu (severno od Moskve) šele od leta 1892; danes muzej skladatelja.

svobodo. Čutil pa je odgovornost do študentov, zlasti pa do vodilnega, Nikolaja Rubinsteina, ki je imel močan vpliv na skladatelja. Opogumljen s podporo gospe von Meck je novembra 1878 dal odpoved. Odklonil je tudi vabilo, da bi postal profesor na sanktpeterburškem konservatoriju. Gospa von Meck mu je v Moskvi želela dati na razpolago svojo palačo s služabniki v času, ko je bila več tednov v tujini. Kot je napisal svoji pokroviteljici in občudovalki, sta ga pri ogledu hiše najbolj razveselila dva koncertna klavirja: Bechstein in Steinway. Vendar ponudbe ni sprejel, raje se je odločil, da gre na veliko sestrično posestvo na jugu Ukrajine. Vdova von Meck pa se je domislila novega načrta, da bi pridobila Čajkovskega v svojo bližino. Ta čas je prebivala v Firencah v dvorcu, ki ga je najela za več mesecev: iz Moskve je s seboj vzela ne le sluge, kočijaže in kuharje, temveč celo učitelja za otroke, ki so prišli z njo. Za Pjotra Iljiča je najela stanovanje v mestu. »Pridite moj dragi,« ga je prosila v pismu. Čajkovski je pristal z besedami: »Vsak trenutek mojega življenja je izpolnjen z ljubeznijo in hvaležnostjo do Vas. Ne le v Firence, grem, kamor boste želeli, tudi na kraj sveta...« V teh treh tednih življenja v Firencah se nista nikoli osebno srečala, čeprav se je gospa von Meck pogosto sprehajala pod njegovim oknom, Pjotr Iljič pa v bližini graščine. Gostiteljica je bila izredno pozorna: vsakodnevno ga je v stanovanju pričakalo sveže cvetje, naročala mu je posebne turške cigare, ki jih v Italiji ni mogel dobiti, imel je lastnega kuharja, pošiljala mu je ruske časopise. V gledališču bi se lahko srečala, vendar je bila gospa von Meck raje v ozadju svoje lože. Skoraj vsakodnevno sta si izmenjala pisma, sel je bil sluga Čajkovskega, ki je prišel za njim v Italijo.

Psihosomatske težave in organske bolezni, ki so pestile Čajkovskega od mladosti naprej

Že iz pričujočih pisem, naslovljenih zlasti na gospo von Meck in na brata Modesta in Anatolija, smo lahko ocenili, da je bila narava P. I. Čajkovskega razklana: bil je zelo ljubeznen človek, v družbi zaželen, javno nikoli napadalen, skromen ne glede na slavo. Čeprav navzven v bežnih družabnih brezosebnih stikih optimističen, je bila njegova resnična duševnost polna dvomov: po naravi je bil plašen, podvržen depresijam, večkrat se je zjokal že zjutraj. Čutil se je osamljenega, bal se je življenja. Očitno ga je težila njegova nenaravna nagnjenost do moških, kar je sicer skušal skriti. Do brata je bil nenavadno iskren, ko mu je napisal: »Sem daleč od železnega karakterja, da ne bi v zadnjem času trikrat popustil svojim nagonom. Zaljubljen sem se celo v nekega kočijaža.« Decembra 1889 piše Modestu: »Ogovarjanja v časopisih o

moskovskem konservatoriju čutim kot Damoklejev meč. Govorice o moji homoseksualnosti prizadenejo ves konservatorij, tega se najbolj bojim.« Morda je zato pogosto zapuščal Rusijo, za več tednov se je mudil v evropskih glasbenih središčih, zlasti pa v zdraviliščih v Franciji, Švici in Italiji. Nikoli ni bil zadovoljen z odločitvami za odhod v tujino, ker je imel obenem hudo domotožje. Njegov brat Modest je zapisal: »To ni bilo veselje do popotovanja, skrivnostna moč, ki ga je vodila sem in tja, je bil globok, nerazložljiv nemir, obupno razpoloženje, ki je iskalo kjerkoli kakršnokoli pozabljanje.«

Doslej v tem prikazu še ni bila omenjena njegova strast do kajenja, zlasti močnih turških cigar, in do alkoholnih pijač. V svojem dnevniku je P. I. Čajkovski leta 1886 proustodšno napisal: »Sem človek, ki ga mučijo živci, zato ne morem živeti brez strupa alkohola. Jaz sem vsak večer pijan: v prvem stadiju pijanstva se počutim čudovito. Nisem zapazil, da bi zaradi tega trpelo moje zdravje.« Zato nekatere njegove telesne težave: glavoboli, izguba teka, trebušne težave zaradi prizadetosti želodca, jeter in trebušne slinavke lahko pripišemo alkoholni odvisnosti. Da mu je pri bolečinah v žlički »konjak« pomagal in izboljšanje, če je kaj pojedel, govori za razjedo na želodcu. Bolečine in slabost v nogah so lahko posledica alkoholnega polinevritisa. Opisano je zdravstveno stanje skladatelja neposredno po poroki, ko se je zatekel v Sankt Peterburg, kjer je doživel živčni zlom (delirij). Brat Modest, ki ga je spremljal, navaja, da je bil v hotelski sobi »v komi«, zavedel se je šele dva dni po prihodu. Njegov osebni zdravnik mu je predpisal pri hujših težavah grenko sol in ricinus ter svetoval spremembo okolja. Medicina v Rusiji proti koncu XIX. stoletja mu očitno ni znala pomagati.

Sodba P. I. Čajkovskega o glasbi njegovih sodobnikov

Preseneča, da je v biografijah znanih skladateljev malo podatkov o tem, kako so le-ti ocenjevali svoje »kolege« skladatelje, zlasti, ko so bili že v »zrelih« letih. Čajkovski je pri tem izjema. V pismih Nadeždi von Meck je lahko svobodno izražal svoja mnenja brez nevarnosti zamer. S pomočjo izjav, kako je on doživljal glasbo nekaterih slavnih sodobnikov, bomo lažje razumeli tudi bistvo njegovega ustvarjanja. Zato ne bo odveč, da na tem mestu navedem nekatere njegove pomembnejše misli. Naj poudarim, da je bil P. I. Čajkovski kot skladatelj »konzervativen«; ni prispeval k razvoju novih vsebin in oblik, bil je otrok pozne romantike, izredno plodovit v odkrivanju novih, pretresljivo lepih melodij, ki jih je znal harmonično značilno obdelati, zlasti v svojih zadnjih velikih orkestralnih delih. Bil je profesor skladanja na konservatoriju, zato je bolj

vzvišeno ocenjeval skladbe svojih ruskih sodobnikov, ki jim glasba ni bila osnovni poklic. Da bi se posebej navduševal nad umetnostjo tujih sodobnikov, je malo osebnih podatkov, pa tudi ni posrednih pričevanj, čeprav bi jih pričakovali od njegovih študentov na konservatoriju, saj jim je – kot uveljavljeni in priljubljeni profesor – razlagal značilne primere iz zgodovine glasbe. Zlasti kritičen je bil do R. Wagnerja, ker mu je – slovanski duši – bila tuja in zoprna izumetničena nemška monumentalnost in teatraličnost. Nadeždi von Meck piše: »Kakšen don Kihot je ta Wagner. Rojen je za simfonika, v svojih zadnjih operah pa pozablja na glasbo. Kako so dolgočasne!« Zanimivo, da P. I. Čajkovski ni trpel tudi glasbe J. Brahmsa: za njega je bil ta skladatelj temačen, hladen, z željo, da bi bil globok, kar pa mu ne uspeva: melodijo prekinja, še preden jo je razvil. Preseneča tudi huda kritičnost P. I. Čajkovskega do njegovih petrograjskih sodobnikov: do Balakireva, Borodina, Rimski-Korsakova, Musorgskega, Kjuja (in starejšega Glinke). To »rusko peterko« je imenoval za diletantsko. Zameril jim je, da so podcenjevali obvezno glasbeno šolanje in poklic glasbenika. P. I. Čajkovski je več lepih besed našel za francosko glasbo: hvali balet Sylvia Delibesa (meni, da je precej boljši kot njegovo Labodje jezero), navdušila ga je opera Carmen. Čeprav je bil P. I. Čajkovski po naravi plašen in pogosto depresiven, je bil prepričan, da je njegova glasba enakovredna delom vodilnih skladateljev Zahodne Evrope. Bil je hudo užaljen, če je čutil podcenjevanje, da je Rus. Tako piše Nadeždi von Meck: »Ali Vam je znano, s kakšnim pokroviteljskim tonom se ti obnašajo do ruskega umetnika? Bil sem prisiljen obiskati F. Liszta. Bil je do mene sicer sila spoštljiv (do bruhanja), vendar se mi je ves čas pomenljivo smehljaj, kar mi je dalo misliti o njegovem odnosu do mene. Tem gospodom ne bom dvoril.«

Aprila leta 1879 je bil P. I. Čajkovski ponovno v Moskvi, na premieri opere Evgenij Onjegin, ki so jo izvedli učenci konservatorija. Kot skladatelj je doživel veliko priznanje: iz rok Rubinsteina je na odru prejel venec. Postopoma so se skladbe Čajkovskega vse pogosteje pojavljale tudi na tujih koncertnih odrih: 4. simfonija, prav tako njegov klavirski koncert v b-molu, v Parizu, v Berlinu, Budimpešti in New Yorku. Tudi Italijanski capriccio in slovita Serenada za godalni orkester sta doživela navdušenje poslušalcev. Obsežno Liturgijo so odklonili visoki duhovniki pravoslavne cerkve, prepovedali so, da bi jo izvajali v cerkvi, kar je skladatelja hudo prizadelo. Nemir ga je ponovno gnal po prestolnicah Evrope, z Dunaja v Berlin, naprej v Pariz in ponovno v Italijo, najdlje v Rim. ■

(Se nadaljuje)

PRIJAVNICA

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI (velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo
(ustrezno obkrožite oziroma dopišite)

prosim, pošljite informacije

drugo _____

srečanje _____

udeleženec/udeleženka _____

ime in priimek _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK

PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe - kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____

Faks _____

E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

s položnico

ob prijavi

datum _____

podpis _____

FEBRUAR 2009		TEMA	VSEBINA	
6.				
KRANJSKA GORA	31. IATROSSKI ALPE-JADRAN: POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE IN SMUČARSKO TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV DEŽEL ALPE-JADRAN podroben program na spletni strani zbornice	***	posvetovanje in smučarsko tekmovanje	
6.–7.				
LJUBLJANA Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska ulica 18	1. STOPNJA USPOSABLJANJA IZ VEDENJSKIH IN KOGNITIVNIH TERAPIJ – PRAKTIKUM 1	40	prva stopnja usposabljanja iz vedenjskih in kognitivnih terapij, namenjena zdravnicam in zdravnikom, psihologinjam in psihologom	
7.				
LJUBLJANA Kongresni center Hotela Mons, Krpanova soba	IMPLANTOLOŠKI TEČAJ UPORABE SISTEMA ANKYLOS/ANKYLOS C/X podroben program na spletni strani Zbornice	30	strokovna delavnica	
13. ob 12.00				
LJUBLJANA Ortopedska klinika, Zaloška 9	HRBTENICA – KLINIČNE POTI ZDRAVLJENJA (ORTOPEDSKI DNEVI 2009)	80	posvet in dogovor o smernicah zdravljenja je namenjen zdravnikom splošne medicine	
14. ob 9.00				
RAKITNA Mladinsko klimatsko zdravilišče, Rakitna 96, 1352 Preserje	REINTEGRACIJA/REHABILITACIJA MLADOSTNIKOV Z MOTNJAMI HRANJENJA IN MOTNJAMI ČUSTVOVANJA NA RAKITNI podroben program na spletni strani Zbornice	***	program je namenjen pediatrom, šolskim, družinskim in splošnim zdravnikom, pedopsihiatrom, psihiatrom in drugim zdravnikom, ki se srečujejo s to problematiko	
13.–14. ob 9.00				
STRUNJAN	25. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: SAMOZDRAVLJENJE	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine	
13.–14. ob 9.00				
MARIBOR Univerzitetni klinični center, velika predavalnica, 16. nadstropje kirurške stolpnice	MIKROKIRURGIJA V OFTALMOLOGIJI – OSNOVE MIKROKIRURŠKE TEHNIKE IN PRAKTIKUM podroben program na spletni strani Zbornice	36	učna delavnica za specializante in mlajše specialiste oftalmologije	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

Zdravniško društvo latros	prijave: najkasneje do 2. 2. 2009 na naslov: Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Nova Gorica, 5290 Šempeter pri Novi Gorici, T: 041 775 705 ali E: natasajel@gmail.com	tek 30,00 EUR, vsl. 50,00 EUR, skupaj tek in vsl. 60,00 EUR, spremljevalci 15 EUR, na TRR: 04750-0001224094, Zdravniško društvo latros,	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, ga. Vera Slodnjak	prijave in informacije: ga. Barbara Zemljak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00 (od ponedeljka do petka od 13.00 do 14.00), E: barbarazemljak@gmail.com	650 EUR (DDV je vključen)	***
Implantološki inštitut Ljubljana	prijave in informacije: ga. Milena Žajdela, T: 041 573 791, E: zajdelam@volja.net	do 31. januarja: 300 EUR, po 1. februarju: 360 EUR (DDV je vključen) na TRR: NLB, d.d. (IBAN): SI56 0201 4025 6360 876, s pripisom »ANKYLOS C/X«	***
prof. Vane Antolič, dr. med., višji svetnik, doc. Rok Vengust, dr. med.	prijave: Ortopedska klinika, Zaloška 9, 1000 Ljubljana, informacije: dr. Borut Pompe, dr. med., ga. Irena Cotman, T: 01 522 41 74, F: 01 522 24 74, E: irena.cotman@kclj.si	200 EUR	***
Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna	prijave sprejemamo do zasedbe prostih mest na T: 01 365 80 00 (od 7.00 do 15.00), F: 01 365 98 01 ali E: info@mkz-rakitna.si	za aktivne zdravnike 100,00 EUR (DDV ni vključen), za specializante 50,00 EUR (DDV ni vključen), za upokojene zdravnike in študente ni kotizacije. Kotizacijo nakažite na račun: 01208-6030276676, pri UJP v Ljubljani	v postopku
Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, asist. Irena Vatovec Progar, dr. med., prof. Janko Kersnik, dr. med., vodje delavnic: doc. dr. Marija Petek Šter, asist. dr. Mateja Bulc, asist. mag. Davorina Petek, asist. dr. Danica Rotar Pavlič. Lokalna organizatorica: Ljubica Kolander, dr. med.	prijave: Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, W: http://www.drmed.org/novica.php?id=9506	kotizacije ni	***
Oddelek za očne bolezni UKC Maribor, Katedra za oftalmologijo MF Maribor, prof. Dušica Pahor, dr. med.	prijave: ga. Majda Jurkovič, Oddelek za očne bolezni, tajništvo, UKC Maribor, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, T: 02 321 16 30, F: 02 331 23 93, E: info.ofta@ukc-mb.si	150 EUR	***

FEBRUAR 2009		TEMA	VSEBINA	
14. ob 9.30				
ZREČE Terme Zreče – Hotel Dobrava, Cesta na Roglo 15	7. MEDNARODNI SIMPOZIJ »POTAPLJANJE IN POTAPLJANJE ZA LJUDI S POSEBNIMI POTREBAMI« (AST 2009) podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	strokovni posvet je namenjen vsem zdravnikom	
20.–21.				
LJUBLJANA Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska ulica 18	1. STOPNJA USPOSABLJANJA IZ VEDENJSKIH IN KOGNITIVNIH TERAPIJ – PRAKTIKUM 1	40	prva stopnja usposabljanja iz vedenjskih in kognitivnih terapij, namenjena zdravnicam in zdravnikom, psihologinjam in psihologom	
27.				
CELJE Narodni dom, Trg celjskih knezov 9	CEDENS – XV. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA podroben program na spletni strani Zbornice	***	strokovno srečanje za vse zobozdravnike	
27.–28. ob 9.00				
MARIBOR Kongresni center Habakuk	PACIENTOM PRIJAZEN POSTOPEK OPLODITVE Z BIOMEDICINSKO POMOČJO (OD NARAVNEGA CIKLUSA IN BLAGI STIMULACIJE OVULACIJE DO PRENOSA ENEGA ZARODKA) podroben program na spletni strani Zbornice	200	ESHRE Campus – za vse osebe s področja medicine, ki dela z IVF-pacienti (zdravnike, ginekologe, endokrinologe, pediatre, porodničarje, specializante in študente medicine itd.), biologe, embriologe, psihologe in medicinske sestre s področja reproduktivne medicine	
MAREC 2009				
3. ob 8.00				
LJUBLJANA Dvorana Smelt, Dunajska 160	5. SOOČENJE MNENJ SPECIALISTOV – INTERAKTIVNA KONFERENCA: PRISTOP K BOLNIKU Z BOLEČINO podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	interaktivna učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	
5. ob 12.00				
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, velika predavalnica	RECENT ADVANCES IN SARCOIDOSIS RESEARCH – THE 1ST MEETING	ni omejeno	srečanje za vse zdravnike, namen srečanja je prikazati naše nove rezultate raziskav s področja sarkoidoze, ki bi lahko bili pomembni pri diagnozi, zdravljenju in preprečevanju te bolezni	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

Mednarodna zveza društev IAHD Adriatic, dr. Petar J. Denoble, dr. med.	prijave: E: info@iahd-adriatic.org, branko.ravnak@siol.net, informacije: Branko Ravnak, Nevenka R. Peče, T: 031 342 855, 041 689 263	50 EUR do 31. 1. 2008, 60 EUR po 31. 1. 2008, 80 EUR na dan simpozija, za upokojene zdravnike in študente je kotizacija simbolična	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, ga. Vera Slodnjak	prijave in informacije: ga. Barbara Zemljak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00 (od ponedeljka do petka od 13.00 do 14.00), E: barbarazemljak@gmail.com	650 EUR (DDV je vključen)	***
Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje	informacije: Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, E: nikola.potocnik@siol.net	100 EUR na TRR: DZD Celje 06000-0052407750, za Cedens	5
Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE) v sodelovanju z Univerzitetnim kliničnim centrom v Mariboru in Slovenskim združenjem za reproduktivno medicino, prof. dr. Veljko Vlasisavljević, dr. med.	informacije: Suzana Knuplež, UKC Maribor – Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, T: 02 321 24 60, E: suzana.knuplez@ukc-mb.si, prijave: ESHRE, Meerstraat 60, 1852 Grimbergen, Belgium, T: +32 2 269 09 69, F: +32 2 269 56 00	člani Evropskega združenja za humano reprodukcijo (ESHRE) 150 EUR, nečlani 200 EUR, študenti – člani 70 EUR, študenti – nečlani 100 EUR	***
Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za gastroenterologijo, Rado Janša	prijave: KO za gastroenterologijo, Japljeva 2, 1000 Ljubljana, Melita Šušmelj, E: melita.susmelj@kclj.si, informacije: Rado Janša, Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, F: 01 433 41 90	70 EUR, za upokojene zdravnike, študente kotizacije ni	7,5
Center za pljučne bolezni in alergije, SPS Interna klinika, UKC Ljubljana, Društvo za razvoj pulmologije, Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, doc. dr. Marjeta Terčelj, dr. med.	prijave: E: bernarda.bregar@kclj.si, Univerzitetni klinični center, Zaloška 7, Center za pljučne bolezni in alergije, informacije: E: bernarda.bregar@kclj.si, E: marjeta.tercelj@kclj.si, T: +386 1 522 28 26, F: +386 1 522 23 47	kotizacije ni	***

MAREC 2009

TEMA

VSEBINA

5.–7.

KRAJNSKA GORA

Hotel Lek

ESAO – WINTER SCHOOL 2009

100

mednarodna podiplomska šola je namenjena nefrologom, internistom, kardiortransplantologom, hepatologom, intenzivistom

6. ob 10.00

DEVIN PRI TRSTU

Devinski grad

PREHRANA – IZBRANA POGLAVJA

ni omejeno

strokovno srečanje Združenja za pediatrijo pri SZD, namenjeno pediatrom in ostalim zdravnikom

6.

LJUBLJANA

Gospodarska zbornica Slovenije, Dimičeva 13, 1000 Ljubljana

SKRB ZA USTNO ZDRAVJE, KDAJ SE PREVENTIVA PRIČNE IN KDAJ KONČA?

100–200

strokovno izpopolnjevanje zobozdravnikov

6.–7.

LJUBLJANA

Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska ulica 18

1. STOPNJA USPOSABLJANJA IZ VEDENJSKIH IN KOGNITIVNIH TERAPIJ – PRAKTIKUM 1

40

prva stopnja usposabljanja iz vedenjskih in kognitivnih terapij, namenjena zdravnicam in zdravnikom, psihologinjam in psihologom

7. ob 9.00

LJUBLJANA

Gospodarska zbornica Slovenije – dvorana C

ORTODONTSKO KIRURŠKO ZDRAVLJENJE SKELETNIH NEPRAVILNOSTI OBRAZA

strokovni seminar, namenjen specialistom in specializantom ortodontom, specialistom in specializantom oralne in maksilofacialne kirurgije, zobozdravnikom

7.

LJUBLJANA

Cankarjev dom

JUBILEJNI 10. SLOVENSKI FORUM ZA PREVENTIVO BOLEZNI SRCA IN ŽILJA

100–120

redno letno plenarno zasedanje slovenskega foruma za preventivo bolezni srca in žilja je namenjeno zdravnikom in strokovnjakom različnih poklicev, ki jih posebej zanima preventiva bolezni srca in žilja

12.–14.

LJUBLJANA

Univerzitetni klinični center, predavalnica 1

BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA
X. PODOPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE

neomejeno

podiplomska šola je namenjena specializantom interne medicine, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, internistom

13.–14. ob 14.00

PORTOROŽ

Kongresni center hotelov LifeClass, Hotel Slovenija

VII. CELJSKI DNEVI – POŠKODBE OTROŠKEGA SKELETA IN POŠKODBE NEVROKRANIUMA

neomejeno

bienalni interdisciplinarni strokovni sestanek o zdravljenju poškodb skeleta v otroški dobi (razen hrbtenice in medenice) in poškodb nevrokraniuma, s sodelovanjem nevrokirurgov – z mednarodno udeležbo za specialiste in specializante kirurgije, ortopedije, travmatologije in splošne kirurgije, nevrokirurgije, anesteziologije, družinske in splošne medicine

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

ESAO v sodelovanju s Slovenskim nefrološkim društvom, Dieter Falkenhagen, Krems, Avstrija, Rafael Ponikvar, UKC Ljubljana	informacije: ESAO Office, Anita Aichinger, Krems, Avstrija, T: 43 2732 893 2633, F: 43 2732 893 4600, E: anita.aichinger@dona, W: www.esao.org	predprijava: člani 200 EUR, nečlani 250 EUR, po 6. februarju: člani 250 EUR, nečlani 300 EUR	***
prim. Ivan Vidmar, dr. med., Združenje za pediatrijo	informacije: ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in IT, UKC Ljubljana, T: 01 522 29 65, F: 01 430 17 14, E: nevenka.lepin@kclj.si	kotizacije ni	***
Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Aleksander Velkov, dr. dent. med.	prijave: Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, 01 434 25 82	110,00 EUR + DDV	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, ga. Vera Slodnjak	prijave in informacije: ga. Barbara Zemljak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00 (od ponedeljka do petka od 13.00 do 14.00), E: barbarazemljak@gmail.com	650 EUR (DDV je vključen)	***
Slovensko ortodontsko društvo in Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	doc. dr. Martina Drevensek, dr. med., T: 01 522 42 60, E: martina.drevensek@sod-slovenija.si	180 EUR, za specializante 100 EUR (DDV je vključen)	***
Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivo bolezni srca in žilja, dr. Zlatko Fras, dr. med.	prijave: Združenje kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01	kotizacije ni	***
Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.	prijave: KO za nefrologijo, administracija 8. nad., UKC Ljubljana, Zaloška 7, s pripisom »nefrološka šola«, informacije: doc. dr. Damjan Kovač, dr. med., T: 01 522 31 10, E: damjan.kovac@kclj.si	200 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	v postopku
prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, Društvo travmatologov Slovenije, Splošna in učna bolnišnica Celje,	prijave na E: sbcrdi@guest.arnes.si najkasneje do 1. marca 2009 (na prijavnici poleg imena zabeležite tudi uradni naziv in naslov plačnika kotizacije skupaj z davčno številko), informacije: prof. dr. R. Komadina, dr. med., F: 03 423 38 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si	kotizacija za udeležence, razen za člane zgoraj navedenih društev, znaša 100 EUR (DDV ni vključen), enodnevna kotizacija 50 EUR (DDV ni vključen), za študente MF kotizacije ni	***

MAREC 2009

TEMA

VSEBINA

14. ob 8.30

LJUBLJANA

Medicinska fakulteta,
Korytkova ulica 2OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2009
»OTORINOLARINGOLOŠKI PROBLEMI PRI
OTROKU«[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

ni omejeno

podiplomski seminar za pediatre, šolske in družinske zdravnike

14.

LJUBLJANA

Poslovna stavba Smelt

4. SIMPOZIJ – AKUTNA MOŽGANSKA KAP

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

simpozij za vse, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z možganskožilno boleznijo ali izvedeti največ o tej katastrofalni bolezni

17. ob 13.00

LJUBLJANA

Univerzitetni klinični center,
predavalnica 1RECENT ADVANCES IN SARCOIDOSIS
RESEARCH - THE 1ST MEETING

ni omejeno

strokovno-raziskovalno-klinično srečanje je namenjeno vsem
zdravnikom

19.–20. ob 9.00

ROGAŠKA SLATINA

Grand hotel Sava

TEČAJ PEDIATRIČNEGA OŽIVLJANJA APLS

32

tečaj je namenjen pediatrom, urgentnim zdravnikom,
anesteziologom

20.–21.

LJUBLJANA

Cankarjev dom, Linhartova
dvorana

12. SCHROTTTOVI DNEVI

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

300

strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine,
specializante in sekundarije

20.–21. ob 9.00

MARIBOR

Univerzitetni klinični
center, Ljubljanska 5,
2000 Maribor, velika
predavalnicaDELAVNICE KIRURŠKIH TEHNIK –
INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

18

delavnica je namenjena specializantom in specialistom kirurgije,
travmatologije in ortopedije

27. ob 13.00

LJUBLJANA

Medicinska fakulteta,
srednja predavalnica14. REDNI LETNI POSVET O OBRAVNAVI IN
SPREMLJANJU BOLNIKOV S TUBERKULOZO
V SLOVENIJI

ni omejeno

srečanje je namenjeno zdravnikom in medicinskim sestram, ki se
ukvarjajo z zdravljenjem tuberkuloze

27.–28. ob 16.00

OTOČEC

dvorana Šport hotela

20. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN
ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

do 250

srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, Klinika za ORL in CFK, UKC Ljubljana, Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, prof. dr. Miha Žargi, dr. med., višji svetnik	prijave in informacije: ga. Tatjana Železnik, dipl. ekon., E: tatjana.zeleznik@kclj.si, F: 01 522 48 15	100 EUR + DDV, vključuje tudi zbornik predavanj in potrdilo o udeležbi v postopku
Sekcija za možganskožilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, KO za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo v sodelovanju z Društvom za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni	prijave do 28. 2. 2009 na naslov: ga. Andreja Merčun, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, T: 05 901 12 34, E: mzb@glavobol.com, informacije: W: www.mozganska-kap.info	75 EUR (DDV je vključen) na naslov: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, TRR: 02014-0254875709 pri NLB ***
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC, Marjeta Terčelj, Barbara Salobir	prijave: E: marjeta.tercelj@kclj.si, informacije: E: bernarda.bregar@kclj.si, marjeta.tercelj@kclj.si, barbara.salobir.pulmo@kclj.si, T: 00386 1 522 28 26, F: 00386 1 522 23 47	kotizacije ni ***
prim. Ivan Vidmar, dr. med., SZUM in KO za otroško kirurgijo in IT, UKC Ljubljana	informacije: ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in IT, UKC Ljubljana, T: 01 522 29 65, F: 01 430 17 14, E: nevenka.lepin@kclj.si	840 EUR ***
Katedra za družinsko medicino, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, asist. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med., asist. mag. Rajko Vajd, dr. med.	informacije: Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, Ljubljana, ga. Ana Artnak, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	200 EUR (DDV ni vključen v ceno) v postopku
Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za kirurgijo, Podiplomska šola kirurških tehnik, Medicinska fakulteta v Mariboru, Univerzitetni klinični center Maribor, Kirurška klinika, Travmatološki oddelek, Društvo travmatologov Slovenije	informacije in prijave: Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 52 47 384	120 EUR (brez DDV) v postopku
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	kotizacije ni v postopku
Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, asist. Dean Klančič, dr. med.	informacije: tajništvo Združenja, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00 in Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	kotizacije ni ***

27.–28. ob 8.30

LJUBLJANA

Univerzitetni klinični center,
Zaloška 2, predavalnica 1

**NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI – OKUŽBE,
POVEZANE Z ZDRAVSTVOM**

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

neomejeno

simpozij je namenjen vsem zdravnikom

27.–28. ob 8.00

MARIBOR

Univerza Maribor, Slomškov
trg 15, Velika dvorana

MEDICINA IN PRAVO – AVTONOMIJA BOLNIKA

ni omejeno

posvet in interaktivna delavnica je namenjena vsem zdravnikom in pravnikom

APRIL 2009**TEMA****VSEBINA**

2.–3. ob 8.30

LJUBLJANA

Seminar v IV. nadstropju, UKC
Ljubljana, KO za abdominalno
kirurgijo in Veterinarska
fakulteta Ljubljana

3. TEČAJ LAPAROSKOPSE KIRURGIJE

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

za teoretični
del ni omejitvev,
za praktični
del – 9

učna delavnica za specializante in specialiste kirurgije

2.–4.

KRANJSKA GORA

Hotel Lek

**OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN
ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO**

25

delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji

3.–4. ob 9.00

BLED

Festivalna dvorana

**13. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN
ENDODONTIJE**

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

do 500

podiplomski seminar je namenjen zobozdravnikom (in sestram)

3.–4. ob 8.30

MARIBOR

Kongresni center Hotel
Habakuk

**XIX. SREČANJE PEDIATROV Z MEDNARODNO
UDELEŽBO IN VI. SREČANJE MEDICINSKIH
SESTER V MARIBORU 2009**

ni omejeno

simpozij z učnimi delavnicami je namenjen vsem pediatrom in zdravnikom družinske medicine, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, medicinskim sestram

3.–4.

KRANJSKA GORA

Hotel Kompas, Borovška
100

9. KOKALJEVI DNEVI

150

strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, patronažne sestre in reševalce

10.–11.

GOLNIK

Bolnišnica Golnik – Klinični
oddelek za pljučne bolezni
in alergijo

**LAJŠANJE KLINIČNIH, PSIHOSOCIALNIH IN
DUHOVNIH PROBLEMOV V PALIATIVNI OSKRBI
TER SODELOVANJE IN ORGANIZACIJA
VEČPOKLICNIH TIMOV**

omejeno

učna delavnica je namenjena vsem, ki se srečujejo z neozdravljivo bolnimi v njihovih zadnjih dneh življenja: zdravnikom družinske medicine, specialistom v bolnišnicah, patronažnim medicinskim sestram, medicinskim sestram v domovih starejših občanov in v bolnišnicah, socialnim delavcem, psihologom

Sekcija za kemoterapijo SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, Simona Rojs, T: 522 42 20, 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	100 EUR z DDV	***
Zdravniško društvo in Pravniško društvo Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, E: j.gorisek@sb-mb.si	informacije: ga. Majda Petek, Oddelek za nalezljive bolezni UKC Maribor	200 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente in upokojene pravnike	***
ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE	
doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo	doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 81 93, 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: ales.tomazic@kclj.si	50 EUR za teoretični del, 290 EUR za teoretični in praktični del, nakazilo na TR 06000-0895253166, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	***
Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, doc. dr. Janja Jan, dr. dent. med.	prijave: Albatros Bled, Majda Zidanski, s.p., Ribenska cesta 2, 4260 Bled, informacije: ga. Ksenija Blažič, Albatros Bled, Kongresno-turistični servis, Ribenska 2, 4260 Bled, T: +386 (0)4 57 80 358, +386 (0)41 796 775, F: +386 (0)4 57 80 355, E: ksenija@albatros-ble.com	220 EUR (vključen DDV)	14
Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Klinika za pediatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor, prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., spec. pediater	prijave: E: www.ukc-mb.si, informacije: Kongresni sekretariat, Auditoria, d.o.o., Tržaška cesta 286d, 1000 Ljubljana, Karin Keber, T: 01 244 56 70, F: 01 244 56 75, E: info@auditoria.si	***	***
asist. Marko Dresček, dr. med., Jože Prestor, dipl. zdrav., asist. Zalika Klemenc Ketiš, dr. med., Janja Ojsteršek, dr. med., prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD	prijave: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, informacije: http://www.drmed.org/novica.php?id=16819 in marko.drescek@gmail.com	150 EUR (DDV ni vključen)	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	za udeležbo na učni delavnici znaša 100 EUR (kotizacija skupaj z učbenikom Oxford Handbook of Palliative Care znaša 120 EUR). Kotizacija zajema priročnik kot gradivo za sodelovanje v delavnici, potrdilo o udeležbi, kosilo ter napitke v odmorih	v postopku

APRIL 2009

TEMA

VSEBINA

16. ob 9.00

MARIBOR
Hotel Habakuk**I. KONGRES IZVEDENCEV REPUBLIKE SLOVENIJE**

ni omejeno

kongres je namenjen izvedencem ZPIZ, sodnim izvedencem, zdravnikom ZZSZ, zdravnikom družinske medicine in specialistom MDPŠ (vsebine: predstavitev sistemov zavarovanja in ocene invalidnosti v posameznih državah EU, ortopedski bolnik in ocena invalidnosti, pooblaščen zdravnik in ocena invalidnosti, proste teme s področja ocene invalidnosti)

[podroben program na spletni strani Zbornice](#)

16.–18.

BLED
Hotel Golf**5. SLOVENSKO-HRVAŠKI SIMPOZIJ O MENOPAVZI IN ANDROPAVZI**

400

tradicionalno srečanje članov Slovenskega menopavznega društva in Društva za menopauzo i andropauzo Hrvatske z obravnavo aktualnih problemov menopazne in andropavzne medicine. Vabljeni tudi nečlani (zdravniki, medicinske sestre)

17.–18.

LJUBLJANA
Univerzitetni klinični center**PRESADITEV LEDVIC 2009**

tečaj za vse zdravnike, medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki se pri svojem delu srečujejo s presaditvijo ledvic ali jih zanima seznanitev s tem področjem

17.–18.

DEBELI RTIČ**ASTMA PRI OTROKU ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVNIKE**

strokovno srečanje

18. ob 9.00

BRDO PRI KRANJU
Kongresni center Brdo**ARITMIJE/PACING 2009: 2. SIMPOZIJ O ARITMIJAH IN ELEKTROSTIMULACIJI SRCA Z MEDNARODNO UDELEŽBO**

ni omejeno

simpozij je namenjen vsem zdravnikom

MAJ 2009

8.–10. ob 14.00

PORTOROŽ
Hotel Bernardin**5. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV z mednarodno udeležbo**

300

mednarodno strokovno srečanje za anesteziologe

9.–10.

PORTOROŽ
Hotel Slovenija**OBSTRUKTIVNE PLJUČNE BOLEZNI IN URGENTNA STANJA V PNEVMOLOGIJI**

150

mednarodno srečanje združenih pnevmologov Slovenije, Hrvaške in Madžarske je namenjeno pnevmologom, internistom, zdravnikom družinske medicine in specializantom omenjenih strok. Vabljeni tudi specialisti in specializanti drugih strok ter študentje medicine (jezik: angleški)

11.–17.

GOLNIK
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo**Paliativna oskrba: »BED-SIDE TEACHING« – UČENJE OB BOLNIKOVI POSTELJI**

omejeno

učna delavnica je namenjena vsem, ki se srečujejo z neozdravljivo bolnimi v njihovih zadnjih dneh življenja: zdravnikom družinske medicine, zdravnikom specialistom v bolnišnicah, patronažnim medicinskim sestram, medicinskim sestram v domovih starejših občanov in v bolnišnicah

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije in Zavod za varstvo pri delu, Života Lovrenov, dr. med., vodja službe za izvedenstvo II. stopnje	prijave: Marko Stjepič, Domus, d.o.o., Trg MDB 12, 1000 Ljubljana, informacije: Marko Stjepič in Života Lovrenov, dr. med., T: 01 520 50 80, 01 236 35 82, F: 01 510 50 82, 01 437 40 11, E: office@domus.si, zivota.lovrenov@zpz.si	***
Slovensko menopavzno društvo, Ljubljana, Šlajmerjeva 3	program: www.menopavza.org, prijave: ga. Irena Jelen, Auditoria, d.o.o., event management, T: 01 244 56 72, 040 305 564, F: 01 244 56 75, E: irena.jelen@auditoria.si, W: http://www.auditoria.si	celotna udeležba simpozija 250 EUR, za specializante in medicinske sestre 100 EUR (DDV vključen), enodnevna udeležba 100 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Andrej F. Bren, dr. med., višji svetnik, prof. dr. Aljoša Kandus, dr. med., višji svetnik, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., višji svetnik	SPS Interna klinika, KO za nefrologijo, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 22 82	***
asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med., Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana	informacije: asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med., T: 01 522 83 59, F: 01 522 93 57, prijave: ga. Mihaela Jurčec, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana	200 EUR
Klinični oddelek za kardiologijo, Klinični oddelek za kardiovaskularno kirurgijo, prof. dr. Igor Zupan	prijave: KO za kardiologijo, ga. Irena Orel, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Irena Orel, Vesna Andročec, T: 00386 1 522 28 44, F: 00386 1 522 28 28, E: irena.orel@kclj.si	kotizacije ni
SZD - Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, SZAIM, doc. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave: www.szaim.org, informacije: W: www.szaim.org, asist. mag. Jasmina Markovič Božič, asist. mag. Iztok Potočnik, E: szaim@mf.uni-lj.si	200 EUR za prijave do 20. 2. 2009, 250 EUR do 30. 3. 2009, 300 EUR ob prijavi na kongresu
Združenje pnevmologov Slovenije	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	kotizacije ni
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si;	***

MAJ 2009		TEMA	VSEBINA
14.–15.			
GOLNIK Bolnišnica Golnik – KOPA	DELAVNICE IZ RADIOLOGIJE TORAKSA	40	delavnice so namenjene specializantom in specialistom radiologije, ki jih zanima radiologija toraksa. Vabljeni so tudi specializanti in specialisti pulmologije, ki želijo poglobiti svoje znanje iz radiologije. Tematski sklopi: Interdisciplinarna obravnava pljučnega raka, Obravnava naključno odkritih okroglih lezij v pljučih, Pljučna embolija, Infekcije pljuč, Osnovne patološke spremembe pljučnega intersticija
15.–16. ob 14.00			
LOGARSKA DOLINA Hotel Plesnik	BOLEZNI ŠČITNICE, PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE	30	strokovno izobraževanje za zdravnike
15.–16.			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	XXVII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani Zbornice	30	učna delavnica, namenjena predvsem zdravnikom družinske medicine, pa tudi drugim zainteresiranim zdravnikom
22.–23.			
RADENCI Hotel Radin, Terme Radenci, d.o.o., Zdraviliško naselje 12	27. RADENSKI DNEVI: SRČNO POPUŠČANJE – HEART FAILURE 2009	120–150	redno letno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo, namenjeno kardiologom, internistom, zdravnikom splošne oz. družinske medicine in ostalim specialistom
22.–23.			
LJUBLJANA Dvorana GIO, Dunajska 160	35. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN – KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani Zbornice	***	srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu. Program je oblikovan s posebnim poudarkom na skupinskem pristopu k reševanju obravnavanih vsebin v obliki predavanj in delavnic
24.			
BRDO PRI KRANJU	IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN VII. POLETNI MEDICINSKI TEK	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike
28.–30.			
KRANJSKA GORA Hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	200 EUR v postopku
prof. dr. Sergej Hojker, dr. med.	prijave: doc. dr. Simona Gabersček, dr. med., Klinika za nuklearno medicino, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: doc. dr. Simona Gabersček, dr. med., T: 051 687 352, F: 01 522 22 37, E: simona.gaberscek@kclj.si	100 EUR ***
prim. Franc Mrevlje, dr. med., UKC Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prijave in informacije: prim. Franc Mrevlje, dr. med., UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 31 36, E: franc.mrevlje@kclj.si	kotizacije ni v postopku
Združenje kardiologov Slovenije, prof. dr. Miran F. Kenda, dr. med.	prijave: Združenje kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Saša Radelj, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01, E: sasa.radelj@kclj.si, rezervacije hotela: T: 02 520 27 20, 02 520 27 22, F: 02 520 27 23, E: info@terme-radenci.si	300 EUR (350 EUR na srečanju), 150 EUR (200 EUR na srečanju) za sekundarije, medicinske sestre in zdravstvene tehnike, za upokojene člane Združenja kardiologov in študente kotizacije ni ***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Sekcija med. sester in zdr. tehnikov v spl. medicini, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, Zavod za razvoj družinske medicine	prijava: Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, lahko tudi po F: 01 438 69 10 ali E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Prijavnica mora vsebovati podatke o plačniku (ime, sedež, davčna številka, davčni zavezanec da/ne), na podlagi prijavnice vam bo računovodstvo Zavoda za razvoj družinske medicine poslalo račun, informacije: asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., T: 01 200 45 00 in asist. mag. Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 82 17.	za udeležbo na predavanjih za zdravnike znaša 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 90 EUR (DDV ni vključen). Ob udeležbi zdravnika in medicinske sestre istega tima 50 EUR popusta, kotizacija za oba skupaj 200 EUR pri prijavi do 20. aprila 2009 (DDV ni vključen). Prijavnica za zgodnjo prijavo ter informacije o srečanju bo objavljena na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine: http://www.drmed.org ***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovic@guest.arnes.si	*** ***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita ***

JUNIJ 2009

TEMA

VSEBINA

5.–6.

PORTOROŽ

Avditorij

34. MEDNARODNO SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«

500

strokovno izpopolnjevanje zobozdravnikov

11.-12. ob 9.00

LJUBLJANA

UKC, predavalnica III,
ter vavalnice Inštituta za
anatomijo, MF Ljubljana44. KIRURŠKI DNEVI – PODIPLOMSKI TEČAJ
IZ KIRURGIJE

podroben program na spletni strani Zbornice

podiplomski tečaj iz kirurgije

SEPTEMBER 2009

5.

UDIN BORŠT PRI
KRANJU

III. KIMAVČEV MEDICINSKI TEK

ni omejeno

športna prireditev za zdravnike

25.–26. ob 9.00

LJUBLJANA

Medicinska fakulteta

THE 1ST SOUTH-EASTERN EUROPEAN
PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY (SEEPEG)
MEETING

150

mednarodni kongres je namenjen pediatrom, specialistom šolske
in družinske medicine s področja jugovzhodne Evrope, ki se
poglabljeno ukvarjajo s pediatrično gastroenterologijo

30. 9.–3. 10.

PORTOROŽ

Kongresni center, Hotel St.
BernardinEVROPSKI KONGRES RAZISKOVALNE IN
KLINIČNE OFTALMOLOGIJE (EVER)

1100

mednarodno strokovno srečanje s področja raziskovalne in klinične
oftalmologije za oftalmologe in raziskovalce na področju oči in
vidnega sistema

30. 9.–3. 10. ob 9.00

MARIBOR

Hotel Habakuk

SIMPOZIJ EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA
SOCIALNO PEDIATRIJO IN ZDRAVJE OTROK –
ESSOP 2009

ni omejeno

simpozij z učnimi delavnicami je namenjen vsem pediatrom
in zdravnikom družinske medicine, politikom načrtovanja
zdravstvenega sistema za otroke, menedžerjem zdravstvenega
sistema in zdravstvenega zavarovanja, vladnim in nevladnim
organizacijam s področja otrokovih pravic

OKTOBER 2009

1.

GOLNIK

Bolnišnica Golnik – KOPA

GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009 – Timski pristop v
obravnavi intersticijskih pljučnih bolezni

40

delavnica je namenjena pnevmologom, internistom, radiologom in
patologom ter specializantom omenjenih strok

2.–3.

BLED

Hotel Astoria

GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009

100

simpozij je namenjen zdravnikom specialistom/specializantom
pulmologije, interne medicine

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med., izvršni sekretar	informacije: Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, 01 434 25 84	150,00 EUR + DDV, za upokojene zdravnike kotizacije ni	***
Kirurška klinika UKC Ljubljana, Združenje kirurgov Slovenije	prijave: doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, E: ales.tomazic@kclj.si	teoretični del tečaja 80 EUR, teoretični in praktični del tečaja 180 EUR, za študente 30 EUR, na TRR 06000-0895253166	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	***	***
Služba za gastroenterologijo, Pediatrična klinika Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Katedra za pediatrijo Medicinske fakulteta Univerze v Ljubljana, doc. dr. Rok Orel, dr. med.	prijave: Pacient, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 Ljubljana, informacije: Rok Lokar, dr. med., T: 01 280 30 60, F: 01 280 30 91, E: rok.lokar@pacient.si	150 EUR	7
EURopean Association for Vision and Eye Research (EVER), Cankarjev dom, prof. dr. Marko Hawlina	prijave: www.ever.be, za namestitev: alenka.kregar@cd-cc.si, informacije: prof. dr. Marko Hawlina, Očesna klinika UKC, Grablovičeva 46, Ljubljana, T: 01 522 19 04, F: 01 522 19 60, E: marko.hawlina@mf.uni-lj.si	glej www.ever.be	***
Sekcija za socialno pediatrijo in zdravje otrok – Združenje za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva, European Society for Social Pediatrics and Child Health, UNICEF Slovenija – Nacionalni odbor za zdravje otrok, Inštitut za varovanje zdravja, prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med., spec.	prijave: ESSOP 09, Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi, informacije: gdč. Tadeja Osrajnik, T: 02 877 08 00, F: 02 877 08 30, E: tajnistvo@zd-radlje.si	***	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	100 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	v postopku
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	150 EUR	v postopku

OBRAZEC

UREDNIŠTVU REVije ISIS
Dalmatinova 10
p.p. 1630
1001 Ljubljana

fax: 01/30 72 109

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v _____ številki Izide.

Za objavo podatkov v Koledarju strokovnih prireditev pošiljamo naslednje podatke:

Datum prireditve	Začetek, ura
Kraj	
Prostor, kjer bo prireditev	
Naslov strokovnega srečanja	
Število poslušalcev	(če je določeno) _____ (neomejeno)
Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica ...)	
Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom ...)	
Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva ...)	
Predstavniki ali strokovni vodja	
Naslov za pošiljanje prijav	
Informacije, kontaktne osebe	
Njihove tel. številke in št. faksa	
Višina kotizacije	
Brezplačna kotizacija	DA NE za upokojene zdravnike, študente, _____

Zdravstveni dom Novo mesto

objavlja prosta delovna mesta:

**1. dva zdravnika splošne medicine (m/ž)
ali zdravnika specialista splošne medicine
oz. družinske medicine (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit s področja splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- poskusno delo štiri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za enega zdravnika za določen čas – nadomeščanje porodniškega dopusta, s polnim delovnim časom, ter enega zdravnika za nedoločen čas, za potrebe PHE-službe, s polnim delovnim časom.

2. zdravnika specialista interne medicine (m/ž)

Pogoji:

- opravljen specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- poskusno delo štiri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Omogočimo lahko tudi rešitev stanovanjskega problema.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v 30 dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijska c. 4, 8000 Novo mesto ali E: info@zd-nm.si.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov:

Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika v šolski zobni ambulanti v ZD Škofja Loka (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas s polnim delovnim časom – nadomeščanje med porodniškim dopustom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov:

Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

**Javni zdravstveni zavod
Splošna bolnišnica Trbovlje**

objavlja prosta delovna mesta

- 1. zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)**
- 2. zdravnika specialista interne medicine (m/ž)**
- 3. zdravnika specialista radiologije (m/ž)**
- 4. zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
- 5. zdravnika specialista anesteziologije in reanimatologije (m/ž)**
- 6. zdravnika specializanta ginekologije in porodništva (m/ž)**
- 7. zdravnika specializanta interne medicine (m/ž)**
- 8. zdravnika specializanta radiologije (m/ž)**
- 9. zdravnika specializanta pediatrije (m/ž)**
- 10. zdravnika specializanta anesteziologije in reanimatologije (m/ž)**

Splošna bolnišnica Trbovlje ponuja financiranje omenjenih specializacij.

Pogoji pod:

1.
 - zdravnik specialist ginekologije in porodništva,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
2.
 - zdravnik specialist interne medicine,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
3.
 - zdravnik specialist radiologije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
4.
 - zdravnik specialist pediatrije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
5.
 - zdravnik specialist anesteziologije in reanimatologije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 6., 7., 8., 9. in 10.
 - strokovni izpit.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Nudimo stanovanje v Trbovljah.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatra oz. zdravnika šolske medicine oz. zdravnika s podiplomskim tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine ali zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

v ambulanti službe zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine. Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- opravljena specializacija ustrezne smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti z veljavno licenco,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

Zdravstveni dom Logatec

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž) ali zdravnika specialista splošne/družinske medicine (m/ž)

Pogoji:

- zdravnik po končanem sekundarijatu ali zdravnik specialist s končano specializacijo iz splošne/družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- tekoče znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas 12 mesecev za polni delovni čas, z možnostjo podaljšanja. Nastop dela po dogovoru. Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom delovnih izkušenj pošljite na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska cesta 2, 1370 Logatec.

Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica

zaposli

1. zdravnika specialista družinske/šolske medicine (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz družinske/šolske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljal delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

2. zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik bo opravljal delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

3. zdravnika specialista internista pulmologa (m/ž)

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz pulmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljal delo nedoločen čas s krajšim delovnim časom od polnega, v obsegu 15 ur na teden. Obstaja možnost zaposlitve do polnega delovnega časa pri drugem delodajalcu.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev naj kandidati pošljejo v roku 15 dni po tej objavi na naslov: ZD Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica. O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po izbiri. Interesente vlijudno vabimo na razgovor. Za dodatne informacije pokličite T: 051 601 313.

Zdravstveni dom Ivančna Gorica

zaposli

dva zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista splošne medicine (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali veljavno dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- vozniški izpit B-kategorije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Nastop dela takoj ali po dogovoru.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Ivančna Gorica, Cesta II. grupe odredov 16, kadrovska služba, 1295 Ivančna Gorica.

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zobozdravnika za delo v ambulanti za odrasle (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas – dve leti in pol, z možnostjo podaljšanja (nadomeščanje delavke med specializacijo). Pogoji zaasedbo:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis. Za dodatne informacije pokličite na T: 03 543 43 39 (prim. Marta Škapin, dr. dent. med.). O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specialista pediatrije za delo v razvojni ambulanti v ZD Celje (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana Medicinska fakulteta,
- specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatивно nagrajevanje.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje s pripisom: za razpis.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 5 434 186 (Marija Planinšek Bojovič, dr.med.).

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

Zdravstveni dom Laško

vabi k sodelovanju

zobozdravnika za delo v ambulanti za otroke in mladino (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas, predvidoma deset mesecev (nadomeščanje delavke v času začasne zadržanosti z dela zaradi bolezni).

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- dve leti delovnih izkušenj,
- enomesečno poskusno delo.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Laško, Kidričeva 5 b, 3270 Laško.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 734 3 600 (direktor Marko Ratej, dr. med.).

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

Ambulanta Košir, d.o.o.

zaposli

zdravnika (m/ž) za delo na področju družinske/splošne medicine na področju Občine Železniki

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije ali specializant družinske medicine (možna je tudi zaposlitev specializanta družinske medicine),
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit,
- uporaba osnovnih orodij na računalniku,
- veselje do dela z odraslimi in otroki,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Nudimo:

- stalno zaposlitev po opravljenem poskusnem delu,
- odlično stimulacijo in nagrajevanje po uspešnosti dela,
- možnost prehoda v zasebnitvo,
- stanovanje.

Nastop službe možen od 1. januarja 2009.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili in kratek življenjepis na: Ambulanta Košir, d.o.o., Podlubnik 307, 4220 Škofja Loka, ali na E: branko.kosir@siol.net .

Dodatne informacije na T: 041 444 972 med 20. in 22. uro.

Zdravstveni dom Ptuj

zaposli

1. zdravnika splošne medicine ali zdravnika specialista splošne medicine oz. družinske medicine (m/ž)
2. zobozdravnika specialista parodontologije (m/ž)
3. zobozdravnika specialista protetike (m/ž)
4. zobozdravnika (m/ž)

Pogoji pod točko 1:

- končana medicinska fakulteta – oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat oz. opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 2:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 3:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 4:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Ponujamo sklenitev pogodbe za nedoločen čas in dobre delovne pogoje. Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 30 dneh po objavi na naslov JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

Zdravstveni dom Sežana

zaposli

zdravnika specialista IV PPD2 ali zdravnika brez specializacije z licenco PPD2 (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- specialistični izpit iz splošne ali družinske medicine oz. strokovni izpit in opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo 4 oz. 3 mesece,
- opravljanje dežurne službe in NMP.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom za potrebe splošne službe, dežurstva in nujne medicinske pomoči.

Nastop dela po dogovoru. Razpis je odprt do zasedbe delovnega mesta.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom Sežana, Partizanska cesta 24, 6210 Sežana, T: 05 731 14 00.

Zdravstveni dom Koper

objavlja dve prosti delovni mesti

zdravnika v službi nujne medicinske pomoči (m/ž)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- delovne izkušnje zaželeno,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Nudimo pomoč pri rešitvi stanovanjskega vprašanja.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v roku 15 dni po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper. Prijavljeni kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi razpisa.

Sporočamo vam, da je v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjske

prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne ali družinske medicine (m/ž) ali zdravnika z opravljenim sekundarijatom in licenčnim izpitom (m/ž).

Prijavijo se lahko tudi kandidati, ki so v fazi zaključevanja sekundarijata. Razpis je v veljavi do zasedbe delovnega mesta.

Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine ali zdravnik po opravljenem sekundarijatu ali v fazi zaključevanja sekundarijata,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Ponujamo zanimivo in razgibano delo v prijetnem kolektivu, delo v ambulanti splošne/družinske medicine s stalno populacijo in občasno v ambulanti nujne medicinske pomoči, dobre možnosti za strokovno izpopolnjevanje.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo na naslov: OZG OE Zdravstveni dom Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič, ali E: tajnistvo@zd-trzic.si.

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosto delovno mesto

specialista s področja splošne kirurgije (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz splošne kirurgije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Kandidate, ki bi se želeli pridružiti našemu zdravniškemu kolektivu, vabimo, naj se glede ostalih možnosti in pogojev dela oglasijo na razgovor.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj pošljite v osmih dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva 23–25, 2250 Ptuj. Kandidate bomo obvestili o izbiri v 30 dneh po sprejeti odločitvi.

Zasebna zobozdravstvena ordinacija Renata Ostanek Ule, dr. dent. med.,

s koncesijo v Novem mestu objavlja

prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

za nedoločen čas z nastopom dela takoj ali po dogovoru.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Prijave pošljite na naslov:

Zasebna zobozdravstvena ordinacija Renata Ostanek Ule, dr. dent. med., Kandijska cesta 4, 8000 Novo mesto, ali E: renata.ostanekule@siol.net. Za dodatne informacije pokličite T: 041 885 838

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

razpisuje prosto delovno mesto

zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)

Kandidati morajo poleg splošnih pogojev, določenih z zakonom, izpolnjevati še naslednje:

- diploma medicinske fakultete,
- specialistični izpit iz ginekologije in porodništva,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom in s 4-mesečnim poskusnim delom.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in s kratkim življenjepisom pošljite v roku 15 dni na naslov:

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Prečna ulica 4, 6230 Postojna, z oznako na ovojnici »za razpis«.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz pediatrije,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja tri prosta delovna mesta

zdravnika specialista splošne medicine (m/ž) oziroma zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen sekundarijat ali opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

Zdravstveni dom Radlje ob Dravi

razpisuje dve prosti delovni mesti

zdravnika splošne ali družinske medicine (m/ž)

V podeželskem okolju, kjer ljudje še živijo z naravo, kjer so še pristni medsebojni odnosi, želimo takoj zaposliti zdravnika za nedoločen čas. Na razpolago je tudi stanovanje in možnost pridobitve specializacije iz družinske medicine. Zdravnice in zdravniki, če vas veseli delo v družinski ambulanti v idiličnem podeželskem okolju, neokrnjeni naravi, bližini smučarskega centra, z najsodobnejšo komunikacijsko, medicinsko in računalniško opremo na delovnem mestu in terenskim vozilom, vas vabimo na razgovor.

Pišite na naslov tajnistvo@zd-radlje.si ali pokličite T: 02 877 08 00. Pričakuje vas prijazen kolektiv in zdravnika željni pacienti.

JZ Zdravstveni dom Ptuj

razpisuje delovno mesto

zdravnik specialist IV. PPD3 – za delo v šolskem dispanzerju (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat oz. opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Ponujamo sklenitev delovnega razmerja za nedoločen čas in dobre delovne pogoje. Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

Zdravstveni dom Logatec

zaposli

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- potrdilo o specializaciji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- osnovno računalniško znanje,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas 12 mesecev za polni delovni čas z možnostjo podaljšanja. Nastop dela po dogovoru. Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom delovnih izkušenj pošljite v petnajstih dneh na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec.

OGLASI

Moderno, vsestransko uporabno ordinacijo, dam v najem v popoldanskem času.

Primerna je za nevrologa, psihiatra, psihologa ali specialista druge specilnosti.

Regija je Koroška.

Dodatne informacije so v uredništvu revije Isis. Telefon: 041 439 886

Zdravstveni dom Ivančna Gorica

razpisuje delovno mesto

doktor dentalne medicine – specialist ortodont (m/ž)

Zaposlitev je za določen čas enega leta s krajšim delovnim časom 8 ur na teden.

Pogoji:

- eno leto delovnih izkušenj,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca,
- državljanstvo Republike Slovenije ali veljavno dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Kandidati naj pošljejo pisno vlogo z življenjepisom na naslov: Zdravstveni dom Ivančna Gorica, Kadrovska služba, Cesta II. grupe odredov 16, 1295 Ivančna Gorica.

CENIK MALIH OGLASOV

- **razpisi za delovna mesta v javni zdravstveni mreži - brezplačno**
- **razpisi za delovna mesta 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta**
- **oddaja poslovnih prostorov - ordinacij: 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta**
- **ostali mali oglasi (prodaja inštrumentov, avtomobilov) 135 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta**
- **novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 195 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta.**

20-odstotni DDV ni vračunan v ceno

4. božični koncert študentov Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

Ksenija Tušek Bunc



Akademski mešani pevski zbor študentov medicine pod taktirko Jakoba Zapuška: vsako leto številnejši, vsako leto boljši, vsako leto z zahtevnejšim repertoarjem... Razvajali so nas s pesmimi First Noel, Angels from realms of glory in rusko pravoslavno pesmijo Bogoroditse djevo.

Še največji optimisti si ne bi upali verjeti, da bo študentom Medicinske fakultete Univerze v Mariboru uspelo tudi to pot. Kot kaže, so organizatorji Tadej Durič, Mija Tement in Goran Buser mislili hudo resno, ko so obljubili, da bodo nadaljevali s tradicijo in da bodo v predprazničnih dneh ponovno poskrbeli za nepozabno doživetje.

Tudi letos so nastopile Maja Mlinarič, Alja Gričar, Marina Juder in Jerneja Golub v klasičnem kvartetu flavt Quadrimed. Novost je bila dramska skupina Medicinske fakultete, ki je pod režiserskim vodstvom Davida Sopotnika predstavila zahteven recital pesmi Srečka Kosovela z naslovom Kalejdoskop. Odlična pevka in



Koncert sta kot prava profesionalca povezovala Saša Kostanjevec in Urban Čuješ... Viktor jima ne bi smel uiti...

kitaristka Slavica Lazarova se je ob spremljavi flavtistke Jerneje Golub predstavila z avtorsko pesmijo Now I can see. Božični koncert ne bi bil to, kar je, če ne bi za klavir sedel še Jakob Zapušek, ki je spremljal violinista Toma Brusa Hladna v Violinskem koncertu v d-duru Carla Tessarinija. Janja Topolovec pa nas je s svojim čudovitim glasom očarala in zasanjala s pesmijo On my own iz muzikala Les miserables.

Tudi knjižica - Ampak to še ni bilo vse: študentje so posebej za to priložnost izdali knjižico literarnih del »Utrip besed«. Urednica Maja Mlinarič je v prologu zapisala: »Življenje nas priganja. Venomer se nam nekam mudi, od sebe zahtevamo veliko, preveč. Dnevi so prekratki. Ni časa, da bi se ustavili, pogledali, videli. Videli jutranjo zarjo, pogled, solzne oči, utrujene roke...



Plesna skupina Najade: prelepa dekleta Mija Tement, Teja Bunderla, Andreja Ivanušič so s svojo koreografijo Galvanize, no ja, pa tudi z zapeljivimi oblinami, doobra ogrele moški del občinstva, resnici na ljubo pa tudi ženski del ni ostal ravnodušen... a verjetno iz drugih razlogov.



Ines Zamuda in David Sopotnik sta združila svoja glasova v pesmi Michaela Buble Sway, če jima ne uspe v medicini, jima zagotovo v »show businessu«.



Postavni Ivan Arbeiter s plesalci Damjanom Sisingerjem, Markom Horvatom, Matejem Ramškom in Gašperjem Robnikom, ki so bili tako simpatično nerodni, da so osvojili srca in naklonjenost slehernega obiskovalca, za kar so bili nagrajeni z doooooolgim aplavzom. MTV jih verjetno ne bo nominiral, ampak srce marsikaterega dekleta je še kako zatrepetalo...



Klic divjine - rock/funk/blues skupina. Dvoje deklet, šesterica fantov, pet različnih inštrumentov, dvoje vokalov, veliko energije, plesa, glasnosti in navdušenja nad nastopanjem z večnimi skladbami You can leave your het on, 24.000 poljubov... Kot veleva tradicija, so zaključili koncert.

Tempo, tempo... Samo mrki obrazi, ki nekam hitijo. Izginja vedrost, toplina, bližina... Ustavimo se! Prepustimo se tišini, petju ptic, žuborenju potoka, pesmim, zgodbam lepoti... Zadihajmo svežino novega jutra, ki nam je dano. Priložnosti, da lahko ustvarjamo, delamo, se veselimo, družimo, razmišljamo, govorimo, jokamo, padamo, znova vstajamo, upamo, živimo... Življenje je lepo. Ne dovolimo, da nas priganja. Poganjamo ga s srcem veselja, poguma, volje in upanja.«

Ko bi le znali, ko bi le zmogli, sem orošenihi oči razmišljala ob prebiranju zapisanega.

Da so študentje Medicinske fakultete Univerze v Mariboru zares vsestranski, so dokazali še z odlično razstavo fotografij, ki se je ne bi sramovali tudi najbolj imenitni in uveljavljeni fotografi. V fotografskem natečaju izbrani avtorji najboljših fotografij so prejeli zaslužene nagrade.

Organizatorji so v vabilu zapisali, da so

ponovno pripravili pester program z namenom, da gostom polepšajo večer in da nas popeljejo od vsakdanjih težav, kar jim je popolnoma in v celoti uspelo. Vsi nastopajoči študentje in seveda organizatorji so si poleg zares dolgega aplavza zaslužili priklon in globoko spoštovanje... Njihove želje, da naj bo naša pot v letu 2009 tlakovana z modrostjo, z uspehom ter osvetljena s srečo, pa poklanjam tudi uredniškemu odboru in predvsem vam, dragi bralci. ■

Umetniško poustvarjanje in človeku prijazno druženje

Barba Štemberger Zupan

December je poln radosti, pričakanj, raznih srečanj in pozornosti med svojci, prijatelji in sodelavci, tako da skoraj ne opazimo hladu in turobnega vremena, ki sta značilna za ta zimski čas. Med vesele dogodke zagotovo spada tudi prireditev za bolnike v ljubljanskem UKC, ki je bila tokrat božično obarvana. Že vabilo in njen spored sta vzbudila veselje, saj sta napovedovala pester program, razstavo slik članov Likovne sekcije Kulturno-umetniškega društva UKC in MF dr. Lojz Kraigher, božični koncert vokalne skupine KC Vox medicorum in božični nagovor bolniškega župnika Mira Šlibarja.

Na tokratni prireditvi je zbrane nagovorila predstavnica KUD-ovih ustanoviteljev, strokovna direktorica UKC prof. dr. Saša Markovič, dekan Medicinske fakultete prof. dr. Dušan Šuput pa se je zaradi zadržanosti opravičil. Prof. Saša Markovič je pohvalila KUD-ovo delo, posebej je izpostavila njihovo predsednico prof. Zvonko Zupanič Slavec, in zaželela vsem vse dobro v novem letu. Prof. Zvonka Zupanič Slavec in predsednik likovnikov UKC doc. Tone Pačnik sta prof. Saši Markovič za upravo UKC poklonila lepo oljno sliko, ki naj prinaša optimizem tudi med vodstvo UKC Ljubljana. Redni obiskovalci smo hvaležni vodstvu UKC za razumevanje pomena prireditev za bolnike,

njihove svojce in zdravstveno osebje.

Bolnike in zdravstveno osebje so prišli z lučjo iz Betlehema pozdravit skvti in taborniki, predstavniki Zveze slovenskih katoliških skavtov, Odraslih skavtov Slovenije, Zveze tabornikov Slovenije, Slovenskih zamejskih skavtov in drugi. V njihovem imenu je Minca Ferlin prenesla poslanico luči iz Betlehema. Sveče so položili k jaslicam pod božičnim drevesom.

Pestrost motivov in barv

Tokrat v galeriji UKC razstavlja kar 42 članov Likovne sekcije KUD-a. Mnoga njihova imena so nam znana in zvesti obiskovalci razstav smo lahko pričakovali dela avtorjev, ki so prepoznavna z osebnim stilom in izraznimi



Strokovni direktorici UKC prof. dr. Saši Markovič sta predsednik likovnikov KUD-a doc. dr. Tone Pačnik in predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec poklonila sliko za upravne prostore (foto: Biserka Komac).

potezami. Kot je povedal predsednik Likovne sekcije KUD-a doc. dr. Tone Pačnik, vsakoletna decembrska prireditev daje možnost članom razstaviti dela po lastnem izboru. Ustvarjalci so prikazali raznolikost tem, tehnik, ustvarjalnih čustev, razmišljanj in doživljanj. Pa tudi veliko mero samokritičnosti je čutiti, zato je razstava resnično vredna ogleda. Nekateri avtorji so bili doslej premalo prisotni in so navdušili s svojo izraznostjo; upamo, da bodo v novem letu dobili priložnost obširnejše predstaviti svoj slikarski opus. Obiskovalci smo klepetali o vtisih, željah ali predstavah, kako bi posamezna dela lahko krasila naš domač prostor ter nam prinesla svežino in novo sporočilno vrednost, o kateri bi lahko razmišljali ali sanjarili v sproščenih trenutkih, preživetih s svojimi najbližjimi. Pogled na barve nas vedno razveseli in pogosto si želimo videti te motive, ki nas vrnejo k spominom na preživele počitnice ali na mladost, morda sanje ali iluzije... Premalo se zavedamo, kako lahko z dodano sliko v svojem domu oblikujemo novo in svežo celoto ter dvignemo kulturo bivanja. Vsi člani likovne sekcije KUD-a podarjajo svoja dela UKC, kar daje pacientom v bolnišničnih prostorih občutek domačnosti, ob njih doživljajo barvitost in toplino ter tako lažje stopajo po poti do ozdravitve.

Božično obarvan pevski nastop

Torkovo popoldne je v UKC prineslo prijetne zvoke zborovskega petja. Vokalna

skupina UKC Vox medicorum se je razvila iz okteta zdravnikov, katerega začetki segajo v leto 1979 in ga je vodilo nekaj odličnih umetniških vodij: prvih 20 let diabetolog prim. Matjaž Vrtovec, nato stomatologinja Judita Cvelbar, dirigent Milivoj Šurbek in od leta 2002 mag. Tomaž Faganel. Sedaj je v zbor vključenih 16 zdravnikov, zobozdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev. S pevskim repertoarjem posegajo v slovensko in tujo glasbeno zakladnico. Očarali so nas s skrbno izbranim programom, primernim za praznično decembrsko vzdušje, ki je razveselilo tudi tiste, ki te dni preživljajo v bolniških posteljah oziroma se kot osebe nenehno srečujejo z boleznijo, trpljenjem in umiranjem. Z navdušenjem smo poslušali pevski artizem zdravnikov, ki so presenetili z lastnostmi, skritimi za belimi haljami. Tudi za zdravnike je pomembno, da službene napore v skopo odmerjenem prostem času prelijejo v umetniško poustvarjanje in človeku prijazno druženje. Pod vodstvom dirigenta mag. Tomaža Faganela, ki je doštudiral violino, orgle, muzikologijo in dirigiranje, so se predstavili v najboljši luči in dokazali, da so pevsko ubrani in večji nastopov. Najmanj, kar smo kot poslušalci lahko naredili, je bila zahvala z bučnim aplavzom. Bili smo deležni tudi prazničnih želja predsednice vokalne skupine zdravnice Polonce Mali.

Bolniški župnik gospod Miro Šlibar se

je prisotnim zahvalil za mir ter ljubezen in voščil blagoslovljen božič, srečno in zdravo novo leto. Prisotne je nagovorila tudi bolnica in izrazila pomen dobrega počutja v bolnišnici ter se pridružila dobrim željam župnika, ki jih je namenila zdravnikom in vsem ljudem, ki dobro mislijo.

Pesmi zbora je s kratkimi, a skrbno izbranimi in toplimi mislimi povezoval bolnišnični kaplan Jože Poje. Ni pozabil prezrtih in bolnih. Zaželel je, da z močjo božiča povzdignemo ljubezen in se dotaknemo hrepenenja človeških src.

Nekdo vedno skrbi za brežhibnost prireditev za bolnike

Tako kot obiskovalcem, je tudi in predvsem vsem članom KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher, torej razstavljalcem in nastopajočim, tople, prijazne in spodbudne besede namenila vedno šarmantna, urejena, spretna in dobrovoljna predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Kot voditeljica prireditve se je v nagovoru zahvalila vsem, ki kakorkoli pomagajo in sodelujejo s KUD-om, ter prisotnim zaželela predvsem zdravja in da se ob morebitni bolezni z zaupanjem obrnemo na zdravnike, saj ti tako lažje dosežejo uspeh pri zdravljenju in rehabilitaciji. V prostorih, ki jih krasijo umetniška dela, pa se bolje počutijo tako zdravniki kot bolniki. Vsem skupaj želimo zdravo in ustvarjalno leto! ■

»AU« – foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Aforizmi so mi blizu, ker ne maram protislovij.



Kaj vse mora človek prestati, če rad hodi v službo. Kaj šele....



Verbalni delikt je predpogoj za zdravniško napako.



V zdravstvu je včasih najboljši možki za neko delo ženska.

Neprijazne svojce bolnikov je treba ubiti. S prijaznostjo.



»Stranger in the night, aids in the morning«.



Dejstvo, ki ga lahko razume le aforist:

Zakaj se je to podražilo?

Zaradi recesije!

Utrinki s srečanja z abrahamom

Zdravniško društvo Velenje je tudi lani organiziralo tradicionalno srečanje s kolegicami in kolegi, ki so v letu 2008 srečali abrahama.

Letošnje abrahamke so kolegice Dušanka Blatnik Janežič, Karmen Fürst, Ksenija Mijin Steiner, Lucija Štekovič in Darinka Šuster. Kolegi abrahami so Zdenko Kikec, Apolon Marolt

in Jože Robida.

V prijetnem vzdušju ob izbrani glasbi Iva Mojzerja smo preživeli lep večer.

Marija Vidović

*Prišlo je kar samo in brez muje,
dan, ko 2 x 25 let praznuje.
Družba zbrana, vam priznam,
da ulovil me je abraham.
Preizkušnja čaka me velika
- z njim v starost se podam,
ko bo zmaga vsak nov dan.*

*Zdaj še boža z nežno me roko
in ob njem mi je lepo.
Samo včasih, čisto malo,
vedeti mi da,
da previdnost zdaj velja,
da telo ni več tapravo,
hoče biti fit in zdravo,
pa te trga tu in tam boli...
sklep ropoče, ubogati več noče,
srce stoče,
saj še mlado, bi se razcvetelo rado...*

*Pol stoletja res ni kar tako,
mnogo znanja pridobljeno,
mnogo dela postorjeno,
ko mladost postane modrost,
ko življenje ni več skrivnost,
pa vendar mnogo tega še prikriva,
kar preteklost že razkriva.*

*Vendar, vam tako povem,
da dano ne slikarju, ne poetu ni,
da naslikal bi,
kako mi je,
ko čas neusmiljeno beži...*

*Za tolažbo vam povem,
kar bodočih vas čaka,
da ulovite očaka,
abraham ima vaš naslov
in prinese obilo vam darov.*

*Dragi moji abrahami,
pretekli, sedanji in prihodnji,
hvala za vaše povabilo,
je prelepo to darilo,
da veselje skupaj podelimo,
da mi bo lepo, poskrbite,
v vaši družbi nepozabno.*

■
Karmen Fürst



Še zadnje preverjanje programa (z leve proti desni: Draško Vrabič, Marija Vidović, Jadwiga Hajewska Kosi)



Aperitiv (foto: Jože Zupančič)



Sedaj bo šlo pa zares (foto: Jože Zupančič).



Prisega novih abrahamov (z leve proti desni: Darinka Šuster, Karmen Fürst, Dušanka Blatnik Janežič, Lucija Štekovič, Apolon Marolt, Ksenija Mijin Steiner, spredaj v sredi Zdenko Kikec) (foto: Jože Zupančič)



V pričakovanju nalog ... (foto: Jože Zupančič)



Še en jubilej – prim. France Urlep, osemdesetletnik, s predsednico društva Margareto Seher Zupančič (foto: Jože Zupančič)

Poezija

Obstajanje

Zlata Remškar

Si val, ki se odmika od obale
in vrača k njej,
da jo oblizne s penami svojih robov...
Si siva mačka,
ki tipa s šapicami
skozi špranje med rešetkami kletke,
v katero so jo zaprli,
pa ne ve, zakaj...
Si pomrzla trava na robu kupa snega
v šele prihajajoči zimi...
Si nekaj živega,
kar niha v vsakdan...
ki je neopredeljen,
ker mu valovi brišejo robove,
ker so vrata kletke ostala neopazno
priprta
in sneg ni prekril tudi trave na robu...

Zdi se mi,
da sem šele začela živeti...
da sem ravnokar od nekje prišla...
čprav nezadržno potujem,
kot vi vsi,
skozi usojen mi obred življenja.
Z mislimi in srcem
se zavedam,
da posedujem energijo zvezd...
da sem edinstveno ognjeno osončje,
ranljiva in minljivo neminljiva,
s poslanstvom...
s prežemajočo me slutnjo,
da se bo zgodilo še nekaj velikega,
kar moram biti poleg...
čprav sem v odhajanju,
že osivela,
iz lastnega obreda življenja,
ki sem vanj komaj šele včeraj vstopila!

Srečanje generacije 1980/81

Mojca Kržan



Del generacije študentk in študentov, vpisanih na MF v šolskem letu 1980/81.

Vse najlepše stvari v življenju se zgodijo naključno. Tako je srečanju generacije 1980/81, najbolj ženskega letnika vseh generacij, botrovalo dejstvo, da sta se v avli MF srečali nekdanji kolegi. Po obveznem kako si, koga vidiš, sva rekli še tisto neizbežno: dobro bi bilo, če bi se dobili. In tokrat ni ostalo le pri besedah...

Določili smo mesto srečanja (Rogaška Slatina) in datum. Sledilo je obveščanje po osebnih kanalih. Na žalost izbrani datum ni ustrezal vsem. 13. septembra 2008 smo se dobili v Zdravilišču Rogaška Slatina, prišel je tudi eden izmed redkih kolegov. Kolegica Marjana Jugovar nam je organizirala pozdravni sprejem v Kavarni Kaiser, čemur so sledili še: predstavitev zdraviliške dejavnosti, voden ogled zdravilišča in pitje slatine. Izvedeli smo, da Zdravilišče Rogaška Slatina ohranja in se preživlja predvsem s klasično zdraviliško dejavnostjo, vzporedno razvija tudi centre

dobrega počutja in se ne želi spremeniti v turistično oblegano termalno riviero.

Odlično kosilo in primeren prostor za druženje smo imeli v gostilni Jurg. Potem smo si ogledali še bližnjo zelo uspešno manufakturo Škrabl, ki izdeluje orgle za številne domače in tuje naročnike.

Vseskozi smo poskušali nadomestiti tisto, kar smo zamudili v preteklih dvajsetih letih.

Razšli smo se polni dobrih upov za bodoča strokovna in zasebna sodelovanja. Predvsem pa je prevladovala želja, da bi se čez eno leto spet dobili. Če se bo dalo, v večjem številu.

Zahvaljujemo se kolegici Marjani Jugovar za odlično izpeljano srečanje naše generacije.

Organizacijo srečanja so omogočili: predstavništvo Plive, Zdravilišče Rogaška Slatina, tovarna orgel Škrabl in gostilna Jurg. ■

Odličen pogled v preteklost

Joh. Sima: **Bilder aus Krain. I. Im Gebiete der Steiner-Bahn.**

»In tako lahko zdaj 'Slike iz Kranjske' izidejo, da bi svetu oznanjale krasoto Kranjske dežele, njenim sinovom v veselje, tujcem v korist, v čast in v slavo drage domovine.«

Nisem prepričan, da sem v slovenskem prevodu do kraja ujel sporočilo zadnjega odstavka uvoda, saj je nemščina hudo baročna. Knjigo sem v Trubarjevem antikvariatu našel in seveda takoj kupil že pred leti, a sem med branjem kmalu odkril neprijetnost: približno 20 strani sredi knjige je bilo vezanih dvakrat. Manjkalo je kar precej strani. Odtlej sem iskal izvod te knjige, ki bi bil popoln. In res, našel sem ga v maju 2008 in bil je boljše ohranjen kot prejšnji. Ves srečen sem ga odnesel domov, prebral in se z baročno nemščino z veseljem ubadal še enkrat.

Knjižica je razdeljena na 11. poglavij, tiskana na kakovostnem papirju ter bogato ilustrirana z vinjetami in krajinskimi risbami L. Benescha. (1) Zdi se, da je slednji narisal tudi naslovnico, nekakšno sestavljenko risb Bleda, Triglava (s Triglavskim ledenikom), slapom Peričnik ter znamenitim skalnim oknom na plezalni poti na Tursko goro. Opis pokrajine pa zajema precej večje področje kot pa le ob kamniški železnici; je približno območje v krogu Ljubljana–Medvode–Velesovo–Kamniške Alpe z Logarsko dolino–Tuhinjska dolina do Motnika–Moravče–Litija–Ljubljana.

Menim, da je z današnjega vidika knjižica posebnost zaradi dveh značilnosti:

Po prvi, **zgodovinski** strani je – tudi zaradi imenitnih risb – odličen pogled v preteklost. Da je sedanost pravzaprav zelo drugačna, hkrati pa enaka ali celo ista. Npr. na str. 17 je tista znana risba z vlakom, cesto in črnuško cerkvijo, ko je kamniška železnica potekala pred Črnučami še mimo Podboršta. Zame nostalgična ob pogledu na grad Križ (str. 102, 185), ki so ga med zadnjo vojno požgali partizani. Ali ob sliki vhodnih vrat v trinadstropno cerkvico na kamniškem Malem gradu (str. 125). Levo in desno od njih je namreč vhod na odprt hodnik na severni ter južni strani cerkve. Skozi okno z rešetkami na severni strani sem se, dokler sem bil še manjše rasti, lahko splazil v cerkev in potem v stolp do zvonov, kjer sem potem »kraljeval« nad skoraj vsem Kamnikom. In ob branju str. 128 in 129 ter 132 in 133 sem se razjezil nase, ker doslej očitno nisem še nikoli v živo opazil lepih gotskih reliefov, vzdanih tik pod okni hiše ob stavbi Občine Kamnik. Na kratko je povzeta tudi ena številnih različic zgodbe o kamniški Veroniki. V moje velikansko presenečenje in hkrati razočaranje pa ni povedano, kje na Malem gradu je odtis Veronikine pesti, ko je udarila ob skalo, preden se je zakleta ter spremenjena v napol kačo pogreznila v zemljo.

Po drugi strani pa so *Slike iz Kranjske* za slovenskega bralca zanimive zaradi t. i. **jezikovnega** vzdušja knjige. Avtor uporablja skoraj izključno nemška (ali nemško zapisana slovenska) krajevna in geografska imena. Le posamič je ob nemškem v oklepaju tudi slovensko ime, npr. *Theinitz* (Tujnice, str. 141), *Heidengruben* (Ajdovske jame, str. 179). Ob slovenskem imenu je ponekod kratica slov., npr. *Stein* (slov. Kamnik, str. 123), *Mannsburg* (slov. Mengiš, str. 114). Ponekod avtor nekako samoumevno uporablja šumnike (Žalna, str. 122). Zdi se mi, da polno besedo *slovenisch* avtor uporabi le dvakrat, pri poimenovanju vasi Rašica (Vranšica) nad Črnučami (str. 96) ter prelaza Kozjak (str. 162). Iz časov

nemške okupacije sicer poznam nemške različice nekaterih krajevnih imen v kamniški okolici, vseh pa ne. Knjižico sem zato včasih bral hkrati z dvema zemljevidoma: Atlasom Slovenije ter vojaškim zemljevidom dela Gorenjske iz leta 1883, ki sem ga nekoč kupil v antikvariatu v Celovcu. Le tako sem dešifriral, da se Šmarno goro nemško poimenuje *Grosskahlenberg*, Homec (tj. hrib s cerkvijo) pa *Kleinkahlenberg*. Za *Rabensberg* sem uganil, da je to vas Vranja peč, a niti sanjalo se mi ne bi, da se vas Šenturška gora nemško poimenuje *Ulrichsberg* (str. 143). Lepoto pokrajine avtor poskuša poudariti s citiranjem odlomkov iz poezije nemških(!) pesnikov. Po imenih so navedeni trije, Eduard Samhaber, (2) Nikolaus Lenau in Anastasius Grün.

Nadrobno opisano pokrajino je avtor očitno prehodil peš. Natančno opisuje npr. sprehod od Kamnika do tunjiške cerkve ter razgled od tod, da pa je slednji še lepši s Šenturške gore, kjer je tamkajšnji župnik našel dve novi rastlinski vrsti: »... *Naravoslovec, katerega čas ni preveč omejen, ne sme zamuditi ter obiskati Šenturškega župnika* (3) *v njegovi samoti; z opazovanjem zelo lepih zbirk ter s tem povezanih poučnih pojavnih bo obiskovalec zelo zadovoljen. ...*« (str. 144). Avtor tudi meni, da če si človek ne želi ogledati vseh nadrobnosti, so tri ure dovolj za sprehod(!) skozi Tuhinjsko dolino (str. 156). Posebej opisuje dve značilnosti na začetku te doline: Sotesko (*Klamm*) in strm klanec, ki se, kot pove avtor, v ljudskem jeziku (*Volksmund*) imenuje Kavran. Ki da, preveden v nemščino, pomeni *vran(a)*.

Zdi se mi, da na tem mestu prvič in zadnjič skoraj izrecno – pa vendar mimogrede – avtor pove, da tu živčiči ljudje govorijo slovenščino. Sicer že na str. 6 omeni, da so se po propadu Rimljanov tu naselili Nemci in Slovani – potem pa Slovanov oz. Slovencev ne omenja nikjer več. Kot da s(m)o s svojim jezikom in (že takrat, leta 1891, dokaj razvito) kulturo brez duha in sluha že zdavnaj izginili iz zgodovine.

Saj res: ali je bil čudež, ali pravilo, da se to ni zgodilo?

Morda pa je bil molk o Slovcih takrat edina možna logika, ki naj bi uveljavila cilj?

Enako (ne)učinkovita kot v naši neposredni soseščini še dandanes, mar ne? ■

Marjan Kordaš

Errata corrige

V januarski številki *Izide* (leto XVIII, št. 1) je v članku Marjana Kordaša na str. 112 z naslovom *France Vrbinč: 365 x slovensko, zapisano: »Vrbinca sem sprva poznal le prek slovarjev tujk.« Zaradi podobnosti priimkov in istega imena je prišlo do pomote: avtor Slovarja tujk je France Verbinc (1917–1970). Bralcem se za neljubo napako iskreno opravičujem.*

Uredništvo

Metoda Košiček, dr. med. (1966–2008)

Zamolčko bučanje slapu se je oddaljilo. Bilo je zgodnje junijsko jutro in po vijugavi strmi gozdni poti smo se hitro dvigali iz zatrepa. Sonce nas je našlo v skalah in ruševju nad Okrešljem. Hodili smo vsak v svojih mislih, svežo tišino je tu in tam zmotila beseda ali korak v kamenju.

Potem je zazvonil mobilni telefon. Metodin.

»Dobro jutro... Aleš, pod Tursko goro smo. Lepo je... Jan ima dopoldne plavanje... Martin vadi pianino... Ti greš nadzirat gradnjo... Vid bo pri babici... Pripravite si kosilo, saj znate. Pridem zvečer.«

Nekaj gamsov je v melišču pod Križem sprožilo kamenje, za hip smo se oznojeni ustavili.

»Moji fantje, pogrešili so me.« V njenih besedah sem začutil ponos.

»Metoda, ti si asistentka na katedri, prišla pa si k nam v Kranj, ambulantna dermatologinja si,« je bila radovedna Jožica, ko si je privoščila požirek vode.

»Veš, ob delu na dermatološki kliniki sem imela tudi študente, ukvarjala sem se s flebologijo, veliko sem predavala. Domov sem prihajala pozno, moji fantje so me pogrešali. Tu, v Kranju, grem v službo peš, delam bolj intenzivno, imam pa več časa za družino.«

Opazoval sem Metodo, vitko, temnolaso, rjavopolto, pridružila se nam je na zadnjem raftu in pohodu.

»Tale zdravnica je tako prijazna, luštna in skromna, mi je nedavno rekla gospa z rozaceo, ko si jo prišla pogledat k meni.«

Obrnil sem se k Jožici in Nevenki. »Imam veliko srečo. Ko nečesa ne znam, dvignem slušalko in potožim: »Zdravnik v stiski.« Potem pride Metoda, pogleda bolnika in me podučí. Kot študenta.«

Metoda si je v zadregi popravljala lase.

»Ti pa si mi pomagal pri gospodu v šoku, čisto zmedena sem bila,« mi je prijazno vrnila. »Vi družinski zdravniki veliko znate, ne zavedate se tega, mi specialisti smo le eksperti za ozke patologije.«

Ponovno je zazvonil mobilec. Metodin.

»Predavanje, da. V ponedeljek zvečer. V Strunjanu. Imam pripravljeno... In še v petek. Na Otočcu. Bom pripravila...«

Grušcnata pot se je strmo dvignila proti sedlu, odprl se je pogled na krnico in snežišče pod Mrzlo goro.

»Poglej, lepi čevlji,« je pokazala Nevenka med ruševje. »Velika živorumena medena ustna služi opravevanju. Ko v notranjost zaidejo žuželke in iščejo pot iz pasti, mimogrede prenesejo cvetni prah. Tako rožica preživi.«

Ob desetih dopoldne nas je dvanajst kranjskih zdravnikov že sedelo med skalami na grebenu Savinjskega sedla. Nekaj puhlih meglic se je podilo mimo prepadnih sten Rink in Mrzle gore, vrhnja pobočja Bab so se bahavo nastavljala junijskemu soncu.



Asist. Metoda Košiček, dr. med.

Veter je zavel z jezerjanske strani in kmalu smo sestopili proti Okrešlju.

Tistega sončnega zgodnejunijskega dopoldneva lani sva obstala pod vrhnjo, strmo piramido polhograjske Grmade. Gozd je že rojeval nove barve in veter se je poigraval z dišečim borovjem.

Leto dni je minilo od odkritja Metodine bolezni, bila je izčrpana po operativnih posegih, obsevanju in kemoterapiji. Sedla je v travnato brežino, božala škotsko ovčarko in zrla proti Kamniškim Alpam in Karavankam.

»Veš, ne bom več prišla na noben vrh. Kmalu bom umrla.«

Besede so z vso težo boleče legle vame. Tisti hip je junijsko sonce skozi borovje posijalo na njen obraz. Temne, goste obrvi, lepe, žametne, kot tolmun globoke oči, visoko, gladko čelo, bronasta polt, pravilne poteze, sanjav pogled. Ena sama velika solza je polzela po njenem licu, brezsravno ji je pustila pot.

Potem mi je govorila. Govorila mi je o svojih otrocih in o možu, ki jih je imela neizmerno rada. Govorila mi je o Janu, Martinu, Vidu, ki se vsak v svojem obdobju in v svojem okolju spoprijemajo z otroštvenimi in mladostnimi težavami. Govorila mi je o Alešu, ki ji stoji ob strani in ga občuduje, čeprav mu tega ne pove.

Govorila mi je o veri, zdravništvu, iskrenosti, ljubezni.

»Najprej si človek, potem kristjan, nato zdravnik,« mi je rekla.

Nenavadno tiha in mirna je bila tistega junijskega dopoldneva Grmada, sonce je žlahtilo njena pobočja in skalni vrh, skozi borovje so se neslišno kradle sence in nekje v daljavi se je oglašal osamljen pič.

»Metastaze na anastomozi, tečem zadnji krog,« mi je sporočila konec poletja.

»Naša Metoda je nocej ob pol enajstih zaspala. Za zmeraj,« mi je tisti petek opolnoči sporočil njen Aleš.

Življenje je dajanje in sprejemanje. Dajanje rojeva sprejemanje, sprejemanje rojeva dajanje.

Dajemo cvet, pozornost, spoštovanje, naklonjenost, upanje. Metoda je dajala vse to in mnogo več. Dajala je kot dober in plemenit človek, kot spoštovana zdravnica.

Življenje je nevidna nit, ki tke naše usode. Marsikaj v življenju je nerazumljivo. ■

Franci Bečan

Če bi Marko Gerbec živel danes...



Anton Grad

GMAS. Kratica, ki me vedno znova navduši. Kako pronicljivo je Gerbec opisal klinične znake kompletnega AV-bloka. In to v dobi, ko delovanje prevodnega sistema srca še zdaleč ni bilo poznano! Skrbno opazovanje in bril janten opis mi pomenita neke posebne vrste lepoto, podobno kot občudujem umetnine kiparjev, slikarjev. Gotovo je moje občudovanje posledica vpliva mojih učiteljev in okolja (Horvat, Čerček, Rode, Bručan na CIIM-u, kasneje Hrastnik, Jereb na nevrologiji). Dnevno so se iskrla mnenja in preiskave so bile vedno usmerjene na podlagi klinične slike, nikoli nismo »metali mreže« preiskav z mislijo, da se bo morda kaj samo od sebe ujelo.

In kako bi se odrezal Marko Gerbec, če bi živel danes?

Ad njegovi pacienti: Tisti, ki bi spoznali, da jim zna pomagati brez velikega pompa številnih preiskav, bi ga spoštovali. A to bi bila le manjšina njegovih bolnikov. Večina bolnikov bi se čutila opeharjene, ker jih ne bi »nikamor poslal.« Še bolj kot bolniki sami, bi mu način dela, da »ne pošlje nikamor«, temveč reši sam, zamerili bolnikovi svojci. Posebno tisti, ki svoje bolne sorodnike obiščejo za božič in veliko noč.

Ad kolegi: Večina bi ga spoštovala in cenila. Manjšina bi mu zavidala. Za njegovim hrbtom, a zelo glasno, bi ugotavljali, da »ne dela po smernicah«, očitno ne razumevajoč pomen smernic v medicini (= racionalna pomoč pri odločitvi, ne pa obvezni »recept za čorbo«).

Ad akademska kariera: Mislim, da bi bila danes Gerbčeva kariera zelo vprašljiva. Pa poglejmo, zakaj. Žal premalo poznam njegovo življenje in delo, da bi vedel, ali je imel dovolj visoko povprečno oceno med študijem in ali je zbral dovolj točk za specializacijo. Verjetno ne, saj je moral na študij v tujo Padovo, namesto na domači Dunaj. Prav tako ne vem, ali je njegov doktorat vseboval »delovno hipotezo, ki bo predstavljala originalni prispevek k znanosti.« Domnevam, da ne, saj niti Gerbec ni mogel predvideti, da bi srečal bolnika z AV-blokom III. stopnje. Da ga je opisal retrospektivno, pravite. Lepo vas prosim, danes je znanost tako napredovala, da veljajo samo prospektivne, multicentrične, dvojno (do trojno) slepe, randomizirane študije. Morda še metaanalize. Nikakor pa ne retrospektivne študije. Pa četudi bi mu uspelo dokazati svojo znanstveno usposobljenost, ne bi zbral točk iz znanstvenih člankov. V katero kategorijo pa naj uvrstimo Gerbčevo pismo Morgagniju z opisom kliničnih znakov kompletnega AV-bloka, ki je povrh vsega napisano še v latinščini in ne v angleščini. Jasno, da potemtakem ni imelo velikega IF (dejavnika vpliva). Če bi ga imelo, bi govorili danes o Gerbčevem sindromu, ne pa o GMAS. Tako pa sta Adam in Stokes de novo odkrila že odkrito (pa čeprav le na »brdovitem Balkanu«).

Kaj pa njegovo delo v Akademiji delavnih (Academia operosorum), boste vprašali. Danes mu to njegovo udejstvovanje ne bi prav nič pomagalo. Že ime akademije samo po sebi ne vzbuja navdušenja. Nikjer nobenega zaklinjanja o evropskosti, prepoznavnosti Kranjske, pardon, Slovenije; nikjer v poslovnost zazrtih videnj pridobitništva. Nobene omembe preteklih, svinčenih časov, nikjer na politični platformi temelječega v bodočnost oprtega pogleda. Samo delo delavnih... Tukaj in sedaj.

Ad medijska popularnost: Popoln polom. Delo delavnih medijsko ni zanimivo. Nič afer, škandalov. Samo delo delavnih... Tukaj in sedaj.

In zato imam tako rad kratico GMAS (Gerbec-Morgagni-Adam-Stokesov sindrom), saj mi simbolizira skrbno, čeprav malo opazno, delo v dobro bolnika. ■

Anton Grad



The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8480 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber
Prim. assist.
Gordana Kalan Živčec, M. D.
gordana.kalan-zivcec@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber
Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.
Sabina Markoli, S. D.

The President of the Assembly
Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly
Diana Terlevič Dabič, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia

The president of the Educational council
Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee
Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee
Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee
Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee
Sabina Markoli, S. D.

The president of the Legal-ethical committee
Assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee
Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee
Assist. **Dean Klančič**, M. D.

The Secretary General
Brane Dobnikar, L. L. B.
Public Relations Department
Elizabeta Bobnar Najžer, B. A.

Legal and General Affairs Department
Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department
Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department
Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department
Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.

The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.