

ISIS



Kaj nam prinaša prihodnost?



Gordana Kalan Živčec

Zaključek leta je dobra priložnost za obračune, tako na osebnem kot na finančnem področju. Na osebnem področju ima vsak svojo usodo, ki jo krmari, kakor najbolje ve in zna. Svetovna recesija pa je mnogim »odprla« oči na finančnem področju. Ni mogoče porabljeni tistih sredstev, ki nimajo kritja. Življenje na kredit slej ko prej pripelje do trenutka, ko je treba dolg tudi poravnati. In takšen trenutek je lahko zelo boleč. Tudi v svetovnem merilu.

V našem življenju pa se prepletata tudi strokovno in profesionalno področje, kjer smo bolj ali manj aktivni. V znanem govoru ob nastopu predsedniškega mandata je Kennedy državljanke pozval, da začno soustvarjati prihodnost Amerike. Država ne more vsega regulirati in poskrbeti za vsakega posameznika, zato pa lahko državljanji vsak zase in vsi skupaj gradijo močno državo. Nehote se pojavi analogija z vsemi ureditvami, kjer posamezniki ali skupine pričakujejo, da bodo samo sledili rešitvam, ki jih je za njih predvidel nekdo drug.

Slovenski zdravstveni sistem je reguliran z mnogimi zakoni in predpisi. Težko je najti katero koli skupino, tako med izvajalci kot uporabniki, ki so zadovoljni s sedanjo ureditvijo. Če se tokrat posvetim le zdravnikom in zobozdravnikom, je očitno, da nezadovoljstvo s statusom in ureditvijo večina doživlja in rešuje zelo osebno. Glavnina problemov izhaja iz delovne preobremenjenosti in preizkušnje plačila za opravljeno delo. Tako se nekateri odločajo za koncesije ali celo čisto zasebnost, ker utemeljeno pričakujejo, da bodo lahko aktivneje upravljali s svojo strokovno in profesionalno usodo. Drugi takšnih možnosti nimajo in znotraj sistema javnih zavodov iščejo rešitve v opravljanju dodatnih programov, dežuranju ali akademskem razvoju, ki ga v večini sami financirajo. Skupno mnogim pa je, da ne uporabljajo vseh zakonskih rešitev, ki jih zakon in kolektivne pogodbe omogočajo že danes. Le redki so naučeni oz. so se prilagodili

današnjemu času, ko si je svoje pravice najpogosteje treba aktivno izboriti, ker jih druga stran ne prizna samodejno.

Dolga leta slovenski zdravniki in zobozdravniki delamo v nasprotju z direktivno o delovnem času in brez soglasij, ki bi jih delodajalci MORALI pridobiti od nas, če nas želijo dodatno obremeniti. Prav nasprotno, skoraj pravilo je, da se od zdravnikov pričakuje, da delajo prav toliko kot delodajalec ŽELI, brez nekega posebnega povračila za povečane obremenitve. Tisti trenutek, ko posameznik želi uveljaviti svojo zakonsko pravico, se celo kolegi sprašujejo: »Kdo bo pa delal?« Ali ni to vprašanje, ki bi si ga moral postavljati nekdo drug! Zdravnik se mora vprašati: »Kakšne obremenitve lahko sprejemem, da bom lahko strokovno delal?«

Ta kontradikcija se je pojavila ob novi ureditvi in razvrščanju v nove plačne razrede za javne uslužbenke. Najbolj izrazito se je to pokazalo pri določanju v PPD-je. Le redki so doumeli, da jih delodajalec NE MORE obremeniti z dodatnimi obveznostmi, če jim ob tem ne prizna posebnih pogojev dela. Brez njih bi lahko zdravniki in zobozdravniki res hitro postali »javni uslužbenci«. Delali bi le v ambulantah, v običajnem delovnem času, tj. podnevi, ne bi bili izpostavljeni težjim pogojem dela, ki so zdravju potencialno nevarnejši: delo v invazivi, prosekuri in urgenci. Večina zdravnikov je bila razočarana, ker jim delodajalec ni priznal pravice do PPD-jev. Razočaranje je bilo še večje, ker zdravniške organizacije nismo mogle za vsakega posameznika vedno uspešno posredovati. Tako se vračamo na nekoliko drugačen način h Kennedyjevi misli: »Kaj lahko naredimo zase, da bo tudi sistem bolj učinkovit?«

Od zdravnikov in zobozdravnikov se upravičeno pričakuje, da opravljamo svojo službo v skladu s strokovnimi smernicami, deontološkimi in etičnimi načeli. Da bi bilo to mogoče, moramo imeti ustrezne pogoje dela in moramo spoštovati tudi svoje osebne omejitve. Največ zapletov pri zdravljenju se dogodi v podaljšanem delovnem času, v dežurstvu, ko so osebne zmogljivosti že zmanjšane. Z nekaterimi primeri zdravstvenih težav, ki jih moramo reševati, se srečamo bolj redko ali pa celo prvič v svoji karieri. Verjetno ni težko pritrčiti temu, da je vsak odstotek pri plači, ki izhaja iz tega posebnega pogoja dela, še kako utemeljen in zaslužen. Kdor teh obremenitev ne zmore več, je upravičen, da jih odkloni, in če nima PPD-ja, jih ni niti dolžan opravljati.

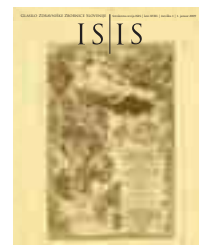
Toliko o tem, kjer so že vpeljane sistemske rešitve. Kaj pa tam, kjer sistemskih rešitev še ni? Kolikšne delovne obremenitve smo zdravniki dolžni sprejeti? Delo na dveh ali treh deloviščih sočasno, nadomeščanje manjkajočih kolegov, ker jih v sistemu ni, brez neke časovne omejitve, pregledovanje bolnikov hitreje, kot bi to bilo strokovno utemeljeno, samo zato, ker so potrebe državljanov takšne, kot pač so? In zdravniki ponovno sprejememo na svoja pleča odgovornost, ki ni naša. Delovanje zdravstvenega sistema ne more temeljiti na izčrpanju zdravnikov, ki so še v sistemu. Ob tem so le-ti soočeni z neverjetno kritiko javnosti, ko se dogodi zdravstveni zaplet, ki ima lahko tudi tragične posledice.

Vrnimo se k naslovu. Kaj nam prinaša prihodnost? Verjetno nič dobrega, če bomo le pasivno čakali, da se sistem uredi. Lahko pa sami urejamo svojo usodo in že v okviru sedanje zakonodaje aktivno udeležujemo rešitve, za katere vemo, da imajo strokovno podlago. S tem bomo ohranili svojo strokovno kompetentnost, zagotovili bolnikom ustrezno kakovostno oskrbo in tudi sebi zagotovili sprejemljive pogoje dela. Vse, kar je nad tem, je predmet pogajanj z organizatorjem zdravstvenega varstva. Za to pripada tudi ustrezno povračilo, trenutno le finančno, v prihodnje pa tudi s primernim statusom v družbi. Tudi javnosti bodo potem razumele to, kar zdravniki in zobozdravniki že leta dokazujemo: da želimo urejen sistem, ki omogoča kakovostno oskrbo, za kar je potrebno dovolj veliko število zdravnikov in zobozdravnikov, da sedanje pravice in financiranje presegajo finančne in kadrovske sposobnosti države in da z dodatnim pritiskom na zdravnike ni pričakovati, da se bomo le uklonili, temveč bomo sami poiskali boljše rešitve.

Spoštovani zdravnik, zdravnica, zobozdravnik, zobozdravnica! V prihodnjem letu Vam želim pokončno strokovno držo, osebno zadovoljstvo z rešitvami, ki jih sprejmete na individualni ravni, in usklajeno delovanje s stanovsko organizacijo. Skupaj bomo iskali strokovne rešitve v prid zdravništvu in zdravstvenemu sistemu ter zavrnilli vse tiste predloge političnih odločevalcev, ki so v službi zgolj finančno-političnih ciljev.

Gordana Kalan Živčec

ISIS



UVODNIK	Gordana Kalan Živčec	• Kaj nam prinaša prihodnost?	3
ZBORNICA	Brane Dobnikar	• Novosti s seje skupščine	10
		• Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe	14
Pritožbe	Danica Rotar Pavlič	• Odnos zdravnika do bolnika	20
Vprašanja - odgovori	Sabina Markoli, Matjaž Rode	• Garancija v stomatologiji	21
	Damjana Pondelek	• Komuniciranje z zaposlenimi v zdravstvu: sodoben babilonski stolp?	21
ZDRAVSTVO			
Pravilnik	Barbara Razinger Mihovec	• Razvrščanje, predpisovanje in izdajanje zdravil	25
	Miran Rems	• Čakajoč na operacijo	28
	Majda Kurinčič Tomšič	• Nova pediatrična klinika v Ljubljani	29
	Vojislav Ivetić	• Projekt izdelave novih kompetenc zdravnika specialista družinske medicine	33
	Vojislav Ivetić, Igor Švab, Marko Kolšek, Darinka Klančar, Marija Petek Šter, Danica Rotar Pavlič	• Kompetence zdravnika specialista družinske medicine (1. del)	34
	Matjaž Rode, Gordan Čok	• Letna skupščina Sveta zobozdravnikov EU (CED)	38
	Danica Avsec Letonja	• 10. evropski dan darovanja in zdravljenja s presaditvijo	39
	Valerija Balkovec	• 1958-2008 - Zlati jubilej Dermatovenerološkega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto	44
Iz sosedске zbornične revije	Boris Klun	• Prepoved kajenja tudi na Hrvaškem	46
Koncesija	Občina Prebold	• Javni razpis	46
Vprašanja - Odgovori	Marko Pokorn, Jelka Reberšek Gorišek	• Bitka z mikrobi	47
Iz sosedskih medicinskih revij	Marjan Kordaš	• Demografija zadene tudi nas zdravnike	48
FORUM	Marko Demšar	• Kdo mi lahko pove?	50
	Dušanka Mičetić Turk	• Mentor (naj) mlajšega varuje in naj mlajšemu svetuje	51
STAN			
Iz sosedске zbornične revije	Boris Klun	• Nasilje nad zdravniki	52
	Maša Černelič Bizjak	• Od stanja izčrpanosti do stanja (adrenalne) izgorelosti	53
Recenzija	Majda Kurinčič Tomšič	• Zeleni papagaji	56
	Sonja Ramšak	• Slovenska predstavnica za naj Evropejko 2008 zdravnica Darija Mateja Strah	58
PERSONALIA			59



V dobrobit zdravnika in bolnika

MEDICINA	Tatjana Puc Kous	• Obravnava kronične vnetne črevesne bolezni	62
	Edita Eberl Gregorič,	• Okužbe dihal	64
	Irena Grmek Košnik, Helena Ribič, Srečko Koren, Mitja Košnik		
S strokovnih srečanj	Andreja Cokan Vujkovic	• Mednarodna delavnica o Fabryjevi bolezni	66
	Stanislav Mahne	• Simpozij in delavnica o kilah	68
	Boštjan Kersnič	• Nefrologija	70
	Alenka Repše Fokter, Samo K. Fokter	• Celjska srečanja 2008	71
	Jernej Benedik, Jožica Červek	• Šola o paliativni oskrbi bolnikov	73
	Jožica Šelb Šemerl	• Avtomatsko kodiranje vzrokov smrti	74
	Ksenija Tušek Bunc	• Delo ni cilj, delo je pot	76
	Štefek Grmec	• V prvih minutah srčnega zastoja	78
Iz zdravniške prakse	Zlata Remškar	• »Zgodba, ki ni tako izjemno redka«	79
	Marjan Kordaš	• Bojevanje z dvoročnim mečem A. D. 1549 in leta 2008	80
S strokovnih srečanj	Matjaž Zwitter	• Tretja azijsko-pacifiška konferenca o pljučnem raku	82
KOLEDAR STROKOVNIH SREČANJ			85
DELOVNA MESTA			95
ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU	Tomaž Rott	• Freske z Aljaske	102
	Ksenija Slavec	• 39. zdravniški koncert <i>par excellence</i>	105
	Janez Tomažič	• »AU« - Foristična tinktura	108
	Vanja Malis	• »Kamer sen lani tancela«	109
	Jurij Kurillo	• Od San Francisca do nacionalnega parka Yosemite	110
S KNJIŽNE POLICE	Marjan Kordaš	• France Vrbinc: 365 x slovensko	112
MISLI IN MENJA UREDNIŠTVA	Alojz Ihan	• O bolezenskem kontagiju in mreži za sanje	114



30



41



114

Impressum

LETO XVIII, ŠT. 1, 1. januar 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.zdravnikazbornica.si>
 T: 01/30 72 100, F: 01/30 72 109
 E: isis@zss-mcs.si
 Transakcijski račun: 02014-0014268276
PRESEDNICA
 prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE
 Dalmatinova 10, p. p. 1630,
 1001 Ljubljana
 W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
 Isis online: ISSN 1581-1611
 T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
 E: isis@zss-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 Bonnar Najzer, prof. sl., ru.
 E: eb.najzer@zss-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR
EDITORIAL BOARD
 prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.
 doc. dr. Vojko Flis, dr. med.
 prof. dr. Anton Grad, 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. Jože Trontelj, dr. med.
 prof. dr. David B. Vodušek, dr. med.
 prof. dr. Vito Vrbjč, 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
 za ATELIER IM • Katja Žlajpah, u. d. i. a.

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV
IN PRIPRAVA ZA TISK • DTP
 Camera d. o. o., Knezov štridon 94,
 Ljubljana, T: 01/420 12 00

TRŽENJE • 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 (zgoščenka, 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 izpustavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Prispevke je z naslovi, mednaslovi in poudarki 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.



Sodelovali

Prim. Danica Avsec Letonja, dr. med., svetnica, Slovenija-transplant • Mag. Valerija Balkovec, dr. med., SB Novo mesto • Jernej Benedik, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana • Andreja Cokan Vujkovic, dr. med., SB Slovenj Gradec • Mag. Maša Černelič Bizjak, Visoka šola za zdravstvo v Izoli • Prim. Jožica Červek, dr. med., upokojena zdravnica, Ljubljana • Gordan Čok, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. Marko Demšar, dr. med., upokojeni zdravnik • Brane Dobnikar, univ. dipl. prav., Zdravniška zbornica Slovenije • Edita Eberl Gregorič, ZZV Kranj • Prof. dr. Samo K. Fokter, dr. med., SB Celje • Doc. dr. Štefek Grmec, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Dr. Irena Grmek Košnik, dr. med., ZZV Kranj • Prof. dr. Alojz Ihan, dr. med., Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta • Vojislav Ivetič, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Boštjan Kersnič, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo • Prim. asist. Darinka Klančar, dr. med., Zasebni zavod eVita • Prof. dr. Boris Klun, dr. med., upokojeni zdravnik • Prim. izr. prof. dr. Marko Kolšek, dr. med., ZD Litija • Akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Prof. dr. Srečko Koren, dr. med., Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta • Izr. prof. dr. Mitja Košnik, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Jurij Kurillo, dr. med., upokojeni zdravnik, Kranj • Prim. Majda Kurinčič Tomšič, dr. med., upokojena zdravica • Prim. Stanislav Mahne, dr. med., SB Izola • Vanja Malis, KUD Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz

Kraigher • Sabina Markoli, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Prim. prof. dr. Dušanka Mičetić Turk, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • Občina Prebold • Doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., ZD Trebnje • Asist. mag. Marko Pokorn, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja • Damjana Pondelek, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • Sonja Ramšak, Organizacijski odbor za razpis nagrade »naj Evropejka leta 2008« • Tatjana Puc Kous, dr. med., Zasebna internistična gastroenterološka ambulanta, Radenci • Prim. Jelka Reberšek Gorišek, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • Mag. Barbara Razingger Mihovec, mag. farm., JAZMP • Prim. mag. Miran Rems, dr. med., SB Jesenice • Dr. Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica Golnik, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Prim. asist. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med., SB Celje • Helena Ribič, dr. med., ZZV Kranj • Izr. prof. dr. Matjaž Rode, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Prof. dr. Tomaž Rott, dr. med., Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta • Ksenija Slavec, Kranj • Prim. dr. Jožica Šelb Šemerl, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije • Prof. dr. Igor Švab, dr. med., Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta • Prof. dr. Janez Tomazič, dr. med., Univerzitetni klinični center, Klinika za infektivne bolezni in vročinska stanja • Prim. asist. Ksenija Tunc Bunc, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Voščilo ministra za zdravje

Spoštovani,

na začetku svojega mandata ocenjujem, da je slovenski sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja glede na danosti naše družbe, kljub nekaterim težavam, še zmeraj dober. Smo med državami, ki zagotavljajo dostopnost in kritje stroškov za zdravstvene storitve vsem prebivalcem, imamo sorazmerno dobro razvito mrežo zdravstvene službe ter lepo število strokovno usposobljenih, vestnih in predanih zdravstvenih delavcev in sodelavcev.

Minulo obdobje je bilo v prvi vrsti namenjeno finančni stabilizaciji in sanaciji razmer v zdravstvenih dejavnostih in obveznem zavarovanju. Obe nalogi sta bili uspešno opravljene, saj so se, ali pa se še bodo, na podlagi kolektivnih pogodb izboljšali materialni pogoji zaposlenih v zdravstveni službi. Tudi primanjkljaj, ki ga je imel Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je že zgodovina. Zavod že več let posluje s presežki, ki jih namenja za širitev programov, za izboljšanje dostopnosti do zdravstvenih storitev in materialnih pogojev dela izvajalcev.

Še vedno pa nismo zadovoljivo rešili vprašanj čakalnih dob, boljšega napredka pri doseganju večje kakovosti v zdravstveni službi, pri večji naravnosti k zdravju ter krepitvi odgovornosti celotne družbe in posameznikov za doseganje boljšega zdravja.

Navedena odprta področja so eden izmed izzivov ministrstva za zdravje v tem mandatu. Naloge, ki so pred nami, so zahtevne. Njihova zahtevnost pa bo še večja zaradi gibanj v svetovnem gospodarstvu in na finančnih trgih ter posledično tudi pri nas. Po napovedih ekonomistov nas čaka upočasnitev gospodarske rasti, kar se bo odrazilo tudi na ekonomskih možnostih zdravstvenega zavarovanja in na delovanju zdravstvene službe. Na te čase in razmere se moramo pripraviti, saj moramo tudi v teh pogojih doseči nadaljnji razvoj in napredek v celotnem sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja, še posebej na področju krepitve zdravja. Zdravje mora postati skrb in odgovornost vseh resorjev in področij našega delovanja in življenja.

Uresničitev teh nalog je mogoča s spremembami, katerih cilj je doseči čim večji izkoristek razpoložljivih finančnih, prostorskih in kadrovskih zmogljivosti v zdravstveni službi, pa tudi na drugih področjih, ki lahko prispevajo svoj delež k izboljšanju zdravja prebivalstva. Potrebne bodo spremembe v organizaciji zdravstvene službe, v njenem upravljanju ter vlogi in pristojnostih ustanoviteljev javnih zavodov ter njihovega menedžmenta.

Uvajanje sprememb v zdravstvenem varstvu in zavarovanju je vedno izredno občutljivo. Soočeno je z vrsto zelo različnih interesov posameznih skupin. Ti so poleg izvajalcev tudi delodajalci, kot plačniki prispevkov, upokojeanci, različna društva bolnikov itd. Zato je uspeh mogoče pričakovati le na podlagi strpnega dialoga in medsebojnega razumevanja ter potrpežljivosti, pri čemer mora vse voditi le en cilj – boljše zdravje in boljše zdravstveno varstvo vseh in ne le posameznih skupin ali organizacij.

Zavedam se, da bo za uresničitev sprememb zelo pomembno soglasje z zdravniki in zdravstvenimi zavodi. Prav zato se bom ob vseh predvidenih spremembah in novostih pred njihovo uveljavitvijo poskušal posvetovati s predstavniki medicinske stroke, s strokovnjaki s področja organizacije in zdravstvene ekonomike in drugimi, ki bi lahko pomagali s svojimi izkušnjami in znanjem. Tu vidim veliko prostora za sodelovanje z Zdravniško zbornico Slovenije, z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije, s Slovenskim zdravniškim društvom, razširjenimi strokovnimi kolegiji ter drugimi vidnimi strokovnjaki. Vse te bom poprosil za pomoč in sodelovanje z namenom, da skupaj poiščemo najboljše in najbolj sprejemljive ter uresničljive rešitve.

Prepričan sem, da lahko takšen način sodelovanja in medsebojnega spoštovanja pripelje do napredka in boljšega zdravstvenega varstva v Republiki Sloveniji.

V prepričanju, da bomo zmogli preseči težave, s katerimi se bomo morda srečali, in da bo naše sodelovanje temeljilo na medsebojnem zaupanju in sodelovanju, vam v svojem imenu in imenu vseh sodelavcev na ministrstvu za zdravje v letu 2009 želim veliko uspehov, sreče in zadovoljstva, predvsem pa zdravja.

Borut Miklavčič

Novosti s seje skupščine

Dne 16. decembra je potekala tretja, zadnja letošnja seja skupščine Zbornice, ki je obravnavala pomembna vprašanja za slovensko zdravništvo.

Seje sta se udeležila tudi predstavnika Slovenskega zdravniškega društva in sindikata Fides, Miran Kenda in Konrad Kuštrin. V svojih pozdravih poslancem sta poudarila, da mora biti v trenutkih, ko zdravnikom z različnih koncev pretijo nevarnosti, zdravništvo enotno in se aktivno odzivati na dogajanja v zdravstveni politiki ter na objave v medijih.

Predsednica Zbornice in člani izvršilnega odbora so obširno poročali o vsebini dela v zadnjih šestih mesecih ter zastavljenih projektih. Nekateri projekti so bili tudi že zaključeni.

Pravna zaščita zdravnikov

Zdravniki se vse pogosteje srečujejo z odškodninskimi, pa tudi kazenskimi postopki v zvezi s svojim delom, zato je Zbornica skupaj s pogodbenim partnerjem pripravila zavarovalni paket, na podlagi katerega so vsi aktivni zdravniki v zdravniški službi od 1. januarja 2009 avtomatično zavarovani na podlagi sklenjene pogodbe in zavarovalne police med Zbornico in zavarovalno hišo ARAG. Zavarovalno premijo za to zavarovanje plačuje Zbornica iz svojih prihodkov. Organizacijo tega zavarovanja je z odobravanjem sprejela in potrdila skupščina Zbornice. Še na kratko o vsebini: zavarovanje vsega kritje stroškov (ne pa višine dosojenih odškodnin) v sodnih in izvensodnih postopkih, in sicer odvetniških stroškov, sodnih taks, izvedenskih mnenj, stroškov prič, drugih materialnih stroškov po-

stopkov, varščine ter kavcije, morebitnih potnih stroškov v tujino ter še nekaterih drugih stroškov. Ta pravna zaščita velja na poklicnem področju dela zdravnika (pri rednem delu ter v prostem času) in pokriva splošno kazensko področje (primer: postopki zaradi suma storitve zdravniške napake – zdravnik se znajde v kazenskem postopku) ter splošno odškodninsko področje. Kot pomembno dodano vrednost k zavarovalni polici je Zbornica izposlovala, da lahko zdravnik pri pooblaščenih odvetnikih vsako leto na račun sklenjene police zaprosi dodatno za dva pravna nasveta v obliki dvakrat po pol ure posvetovanja pri pooblaščenem odvetniku, ki se ukvarja z določenim strokovnim področjem. O uveljavljanju pravic iz zavarovalne police bo Zbornica svoje člane še natančneje obvestila.

Odbor za osnovno zdravstvo

Predsednica odbora Tonka Poplas Sušič je poročala o že pripravljenih obrazcih za pomoč pri delu v ambulantah, in sicer obrazcu o sumu nezmožnosti upravljanja motornih vozil, o sumu, da je bil poškodovanec udeležen v prometni nesreči, o sumu kaznivnega dejanja ter obrazcu za posredovanje medicinske dokumentacije. Odbor pripravlja skupaj z odborom za bolnišnično dejavnost predlog odpustnega pisma, s katerim se zagotovi ustrezen način komunikacije med ravnmi. Odbor že pripravlja izhodišča za učinkovito timsko obravnavo bolnika, pri čemer bo sodeloval tudi z Zbornico zdravstvene in babiške nege ter Zvezo strokovnih društev medicinskih sester. V načrtu je tudi definiranje predloga vsebine specialističnega izvida ter napatnice. Odbor ima pred seboj tudi nekaj dolgoročnih projektov, npr. potrditev



Gordana Kalan Živčec, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije



Konrad Kuštrin, predsednik Fidesa, sindikata zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije



Miran Kenda, častni predsednik glavnega strokovnega sveta SZD



Diana Terlevič Dabič, Uršula Salobir Gajšek in Brane Dobnikar



izhodišč za obremenitve dela zdravnikov na primarni ravni, ki so že bili pripravljene oz. jih bodo še dodatno pripravili v posameznih združenjih; celovita obravnava bolnika na primarni ravni, vključno z okrepitevijo vloge MDPŠ na vseh stopnjah ocenjevanja vključitve v delovni proces; načrt okrepitev komunikacije z ZZS, zdravstvenim svetom in Ministrstvom za zdravje o problematiki v osnovnem zdravstvu. Pri slednjem se Zbornica veseli dejstva, da dr. Eržen (MZ) načrtuje okrepiti osnovno zdravstvo.

Odbor za bolnišnično in specialistično zdravstvo



Predsednik odbora Mitja Košnik je povedal, da odbor načrtuje aktivnosti za postavitev komunikacijskih kanalov in pravil za sodelovanje med ravni, za formaliziranje učinkovitejših

metod obravnave, vključujoč učinkovito napotovanje, za timsko obravnavo bolnikov in hospitalizacijo bolnika na domu. Med prednostnimi nalogami odbora je tudi sodelovanje z drugimi poklici v zdravstvu (medicinske sestre, farmacevti, fizioterapevti...), delitev pristojnosti in odgovornosti, aktivnosti, ki bodo omogočile učinkovito izvajanje preventivne dejavnosti, stroškovna učinkovitost specialistične in bolnišnične zdravstvene dejavnosti, specializacija zdravstvenih ustanov in medsebojno povezovanje na strokovnih in tržnih osnovah, kakovost (standardizacija) dela v specialistični dejavnosti (npr. nacionalne smernice in nacionalne klinične poti), interni in zunanji strokovni nadzor, »benchmarking« med ustanovami ter objavljane kazalnikov kakovosti organizacije dela in izidov zdravstvenih storitev.

V zadnjih mesecih je odbor sodeloval pri pravilniku o specializacijah zdravnikov, pripravil anketo o organizaciji dela, sodeloval z Ministrstvom za zdravje in Inštitutom za varovanje zdravja pri pripravi nacionalne čakalne liste, obravnaval pobudo za obvladovanje bolnišničnih okužb in navodila za oblikovanje mreže zdravstvene dejavnosti, razpravjal o standardiziranju uvrščanja zdravnikov v kategorijo PPD ter obravnaval sodelovanje v RSK-jih.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja



Predsednik odbora Radovan Hojs je povedal, da odbor sproti obravnava in rešuje pritožbene primere pacientov, obravnava vprašanja zdravstvene politike, zlasti z vidika normativov za delo zdravnikov ter pogojev za zagotavljanje visoke kakovosti zdravniških storitev, razrešuje sporna doktrinarna vprašanja, obravnava vprašanja spremljanja strokovne usposobljenosti zdravnikov ter načrtuje, organizira in izvaja redne in izredne strokovne nadzore s svetovanjem.

Odbor za pravno-etična vprašanja



Predsednica odbora Danica Rotar Pavlič je predstavila dosedanje delo ter načrte za prihodnost, pri čemer je izpostavila sodelovanje pri nacionalnem programu preprečevanja nasilja v družini (2009–2014), smernicah za uporabo opioidov za nemaligno bolečino ter sodelovanje z Uradom varuha človekovih pravic. Odbor pripravlja možnost, da bo lahko vsak zdravnik v stiski poklical na telefonsko linijo Zbornice, na kateri kjer mu bodo zdravniki strokovnjaki s področja nudili pomoč v stiski. Ta možnost bo v kratkem na voljo. Predsednica je poročala, da je bilo v zadnjih šestih mesecih na odbor naslovljenih 55 pritožb pacientov, od katerih je polovica že rešenih.



Odbor za zasebno dejavnost

Predsednik odbora Dean Klančič je nekoliko širše predstavil poslanstvo svojega odbora ter opredelil vizijo ter strateške in operativne cilje, med katerimi je izpostavil intenziviranje dialoga



z aktualno politiko, uveljavljanje stališč Zbornice o zadevah opravljanja zasebne zdravniške službe in javno-zasebnega partnerstva, sledenja razvoja zakonske regulative, vključno s pripravo predlogov zakonskih rešitev. Izpostavil je tudi sodelovanje pri pripravi mreže javne zdravstvene službe, sprotno razreševanje problemov in odprtih vprašanj, ki jih imajo zasebni zdravniki ali kandidati za zasebno zdravniško dejavnost, vzpostavljanje standardov za količino in kakovost zdravniškega dela, oblikovanje predlogov za realno ovrednotenje cen zdravstvenih storitev, sodelovanje pri organizaciji pomoči za zdravnike v stiski ter intenziviranje odzivov na neprimerne prispevke v medijih, ki blatijo slovenske zdravnike. Odbor se je v zadnjih treh mesecih intenzivno posvečal pogajanjem za sprejem splošnega dogovora o programu izvajanja zdravstvenih storitev za leto 2009 ter področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

Odbor za zobozdravstvo

Predsednica odbora Sabina Markoli je poročala o delu odbora ter komisij v njegovi sestavi (komisije za strokovna vprašanja in pritožbe, komisije za izobraževanje ter komisije za zasebno zobozdravniško dejavnost). V zadnjih mesecih je odbor izdal informativni plakat »Pravica do zobozdravstvenih storitev«, s katerim želi doseči boljše obveščenost pacientov



o obsegu zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, sodeloval je pri pogajanjih o programu zdravstvenih storitev ter opravljal številne sprotne naloge. V pripravi je nov vprašalnik za paciente, definiranje standardne ambulante, priprava različnih predlogov in navodil ter obvestil za zobozdravnike v zvezi z uveljavitvijo zakona o pacientovih pravicah ter izdelava mreže zobozdravnikov. Odbor ima v programu nekaj dolgoročnih projektov, kot so priprava novega storitvenega sistema ter stalno sodelovanje pri oblikovanju zakonskih in podzakonskih aktov ter proaktivno medijsko delovanje.

Odbor za socialno-ekonomska vprašanja

Odbor, ki ga vodi predsednica Jana Wahl, je že pripravil nov pravilnik o skrbstvenem skladu ter v preteklih mesecih intenzivno sodeloval pri pogajanjih za splošni in področni dogovor. Sodeluje pri projektu stroškovne analize na nacionalni ravni ter pripravlja anketo o pričakovanih članstva.



Svet za izobraževanje

Predsednik Matija Horvat je skupščini predstavil aktivnosti sveta, pri čemer je poudaril tudi delno reorganizacijo pri delu komisij, saj z ukinitvijo sekundarijata prevzema delo za podiplomsko usposabljanje zdravnikov na novo poimenovana komisija – komisija za podiplomsko usposabljanje zdravnikov (prej komisija za specializacije). Ta bo pokrivala tudi pripravništvo zdravnikov. Na seji skupščine je bil v obravnavi nov pravilnik o specializacijah in iz razprave je bilo videti, da v veliki meri razrešuje dosedanje probleme in odprta vprašanja, hkrati pa uvaja tudi nekaj novosti: skrajšuje se postopek za pridobitev specializacije, zaradi ukinitve sekundarijata se lahko kandidat prijavi na specializacijo že po opravljenih 2/3 pripravništva, razpisni rok se skrajša na osem dni, nezasedena mesta iz razpisa pa ostanejo odprta do zapolnitve teh mest. Med pogoje za odobritev



specializacije se dodaja zdravniško spričevalo o opravljenem predhodnem usmerjenem preventivnem zdravstvenem pregledu za delovno mesto specializanta, opravljenem pri pooblaščenem zdravniku medicine dela, prometa in športa. Nekoliko se spreminja točkovanje pri posameznem izbirnem merilu: povprečna ocena dodiplomskega študija (do 35 točk), priporočila dosedanjih mentorjev ter dosednji dosežki in reference (do 30 točk), mnenje izbirne komisije na podlagi osebnega razgovora s kandidatom (do 35 točk), od česar pripada regijskemu priporočilu 10 točk. Specializanti bodo zaposleni v regiji, za katero specializirajo, prav tako se bodo usposabljali v tej regiji, razen če tu ne bo prostega specializantskega delovnega mesta. Pravilnik uvaja možnost neodobritev in prekinitve specializacije v primeru ugotovljenih psihofizičnih nezmožnosti zdravnika. Nov pravilnik prinaša dolgo pričakovano možnost za priznanje specializacije na ožjem specialističnem področju na podlagi dela. Pravilnik je trenutno še v postopku sprejemanja in bo predvidoma uporabljen že za prvi naslednji letni razpis specializacij v februarju oz. marcu 2009.

Uskladitev članarine

Kakor zdravniki, člani Zbornice veste, je dolžna Zbornica od leta 2006 dalje vsako leto na skupščini in s soglasjem ministra za zdravje sprejeti sklep o višini članarine in poslati zdravnikom odločbo. Zbornica si še vedno prizadeva za spremembo nesprejemljivih zakonskih določil, ki povzročajo veliko tehničnih zapletov, stroškov in nejevolje. Skupščina je na zadnji seji s sklepom uskladila višino članarine, pri čemer je morala upoštevati tudi nove osnove (zakon o sistemu plač javnih uslužbencev) za določitev višine. Uskladitev članarine bo uporabljena za izpolnjevanje projektov, namenjenih članstvu, kot je npr. Domus Medica Slovenije, zavarovanje pravne zaščite, nadgradnja informacijske strukture za učinkovitejšo komuniciranje med člani in Zbornico, internetne strani zdravnikov ter realizacija projekta pomoči zdravnikom v stiski. ■

Brane Dobnikar

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

Zdravstvo v novi koalicijski pogodbi ♦

Na vprašanje Primorskih novic o vlogi zdravstva v novem koalicijskem sporazumu smo pojasnili:

V koalicijskem sporazumu bi pričakovali nekatere bolj kakovostne rešitve. Koalicija je v sporazumu zapisala dvig prispevne stopnje, ker je za zdravstvo potrebno zagotoviti ali več sredstev ali pa zmanjšati pravice. Nikjer v sporazumu pa ni govora o tem, da se iz zdravstvenega proračuna izvzamejo socialne pravice, ki še vedno obremenjujejo zdravstveno blagajno. Nadomestilo za bolniški stalež nezaposlenim osebam, pravica do pogrebne in posmrtnine in podobno so namreč čiste socialne pravice. Na področju koncesijske dejavnosti bi bilo nujno poudariti, da so koncesionarji del javne zdravstvene mreže in je treba to področje sistemsko ustrezno urediti, ne le postaviti moratorij za njihovo podeljevanje. (ZZS, 17. 11. 2008)

Delavnica Domus Medica ♦

Zdravniška zbornica je v petek, 21. novembra, organizirala prvo delavnico Domus Medica, na katero je povabila vodstva vseh zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Fides sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije ter Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije), da bi skupaj razpravljali o konkretizaciji ideje doma slovenskih zdravnikov. To je prvi potreben korak k realizaciji dolgoletne želje slovenskih zdravnikov. Delavnici so se pridružili tudi predstavniki Zbornice in regionalnega zdravniškega društva iz Maribora, ki so že pripravili konkretne rešitve za nakup prostorov za zdravnike v Mariboru, namenjenih zlasti za aktivnosti lokalnih strokovnih izobraževanj in usposabljanj ter klubskih dejavnosti. Fides in Zbornica sicer ne načrtujeta opravljanja svojih dejavnosti v teh prostorih.

Udeleženci delavnice so se strinjali, da je treba v tej fazi določiti funkcionalnost in dejavnosti doma slovenskih zdravnikov v prestolnici. Strinjali so se tudi, da mora vsaka zdravniška organizacija še naprej delovati samostojno, določiti pa je treba, katere dejavnosti bi zdravniške organizacije lahko učinkoviteje opravljale skupaj. Udeleženci so pregledali tudi devet možnih lokacij za Domus Medica in jih ovrednotili. Ocenjujemo, da je bil sestanek zelo uspešen.

Slabe rešitve za zobozdravnike ♦

Sabina Markoli, dr. dent. med., predsednica odbora za zobozdravstvo ob neustrezni uvrstitvi zobozdravnikov v plačilne razrede:

Zobozdravniki smo bili v predlogu Aneksa 3 k SD 08 uvrščeni v 45. plačilni razred, kar pomeni, da se ta plača upošteva v vrednosti programa za standardni zobozdravstveni tim. Zdravniki specialisti in zobozdravniki specialiti so razvrščeni v 53. plačilni razred. Takšen predlog je podalo Združenje zdravstvenih zavodov ob podpori Ministrstva za zdravje in ZZS. Zdravniška zbornica je takšni uvrstitvi zobozdravnikov nasprotovala in predlagala, da se za zobozdravnike upošteva 50. plačilni razred. Žal ta predlog ni bil sprejet in bo o uvrstitvi zobozdravnikov odločala Vlada RS. Treba je poudariti, da se je s predlagano uvrstitvijo razlika med zdravnikom družinske medicine in zobozdravnikom povečala s 23 na 32 odstotkov. Žal večina javnih zavodov zobozdravnikov ni uvrščala v razrede s posebnimi pogoji dela (PPD), čeprav zobozdravniki praktično ves čas delamo v masko na obrazu, z rokavicami na rokah, v prisilni držji, v infektivnem okolju, tudi invazivne posege, na majhnem operativnem polju ...

Pozivamo vse zobozdravnike, zaposlene v javnih zavodih, da natančno pregledajo anekse, prevedbe napredovanj in od delodajalca zahtevajo uvrstitev v plačilne razrede s posebnimi pogoji dela.

V predlogu za SD 09 je ZZS ponovno podal predlog za uvedbo glavarine v zobozdravstvu. Zdravniška zbornica bo uvedbi glavarine v zobozdravstvu odločno nasprotovala, tudi zato,

ker je uvedba glavarine v nekaterih evropskih državah pripeljala do razpada javnega zobozdravstvenega sistema. Tega si v času recesije verjetno ne želi nihče – ne državljani, ne zobozdravniki in ne vlada.

Stroka enotna: Nočna dežurna služba v zobozdravstvu ni potrebna ♦

»V Celju ni organizirane nočne dežurne službe v zobozdravstvu. Če pa bi to dejavnost vendarle uredili, ta sodi v nadstandardno ponudbo in bi bila samoplačniška, pojasnjuje direktor celjskega zdravstvenega doma mag. Stanislav Kajba v svojem odgovoru mestni svetnici Janji Romih.« (Večer, 19. 11. 2008)

To je samo eno v nizu javnih pojasnil ob vse pogostejših pobudah občin za uvedbo nočne zobozdravstvene dežurne službe v lokalnem okolju. Za uvedbo nočnega dežurstva v zobozdravstvu ni strokovnih argumentov, saj je državljanom zagotovljena dostopnost do zobozdravnika vsak delavnik, del dneva pa tudi ob nedeljah in praznikih. Ob tem bi želeli opozoriti tudi na jasno odklonilno stališče Razširjenega strokovnega kolegija za zobozdravstvo: »Če so ljudje relativno dobro zobozdravstveno oskrbljeni, potem je prisotno izredno majhno število nenadnih nočnih bolečin in še te lahko počakajo do jutra,« pojasnjuje prof. dr. Ljubo Marion, predsednik Razširjenega strokovnega kolegija za zobozdravstvo.



Smrt 12-letnega bolnika ♦

Zdravniška zbornica Slovenije se je ob javni izpostavitvi okoliščin smrti 12-letnega bolnika nemudoma odzvala, in sicer z novinarsko konferenco in pojasnili medijem, sočasno pa tudi s pravno zaščito zdravnikov, udeleženih v procesu zdravljenja.

• mediji

Na novinarski konferenci dne 26. novembra, ki je sledila javnemu razkritju okoliščin smrti 12-letnega bolnika s strani staršev in njihovega pravnega zastopnika, ter v odgovorih na novinarska vprašanja, ki smo jih posredovali v naslednjih dneh, smo javnosti pojasnili, da odbor za strokovno-medicinska vprašanja (OSMV) primer obravnava prioritarno in z vso skrbnostjo. V postopku obravnave primera smrti 12-letnega bolnika je odbor pridobil naslednje dokumente:

- UKC Maribor – poziv za izvedbo zunanjega nadzora, prejeli na ZZS dne 7. 5. 2008.
- UKC Maribor – podatki, pri katerih zdravnikovih naj se izvede ekspertni nadzor, prejeli na ZZS dne 15. 5. 2008.
- UKC Maribor – zapisnik internega strokovnega nadzora, posredovan ZZS dne 26. 5. 2008.
- Dopis Varuha človekovih pravic – odstop vse pridobljene medicinske dok. UKC Lj., UKC Maribor v nadaljnjo obravnavo ZZS OSMV, prejeli dne 2. 6. 2008.
- Predlog OSMV izvršilnemu odboru ZZS z dne 16. 6. 2008 – potrditev ekspertne komisije.
- Predlog OSMV z dne 19. 8. 2008 izvršilnemu odboru ZZS za imenovanje in potrditev strokovnjaka iz Avstrije.
- Poročilo o slovenskem ekspertnem strokovnem nadzoru.

Slednjega je komisija izvedla dne 13. 11. 2008, na ZZS pa smo ga prejeli dne 24. 11. 2008. Skladno s pravilnikom o strokovnem nadzoru s svetovanjem smo dokumentacijo 26. novembra posredovali nadzorovanima zdravnikoma, vodji enote, odgovorni osebi za strokovna vprašanja ter Ministrstvu za zdravje RS.

Na osnovi do sedaj prejetih dokumentov dokončna presoja še ni mogoča. Zaradi kompleksnosti in zahtevnosti zdravstvenega primera in zavezanosti k skrbnem nadzoru primera odbor čaka še na ekspertno mnenje iz tujine. Zunanji neodvisni strokovnjak z veliko kliničnimi izkušnjami s področja metabolizma bo podal oceno poteka zdravljenja. Zaradi redkosti in

kompleksnosti bolezni je bila izdelava tujega strokovnega mnenja o poteku zdravljenja predvidena že na samem začetku obravnave primera. Verjamemo, da bo to mnenje podalo odgovore, ki jih odbor potrebuje za sprejem dokončnega stališča. Ko bo postopek obravnave primera smrti 12-letnega bolnika zaključen, ga bomo predstavili javnosti.

• pravna zaščita zdravnikov

Ker postopek oblikovanja dokončnega mnenja še traja, je Odvetniška pisarna Zidar & Klemenčič po pooblastilu Zbornice medije opozorila na potrebno skrbnost pri poročanju o primeru; torej brez objave in uporabe polnih imen in priimkov zdravnikov, njihovih fotografij ali posnetkov oz. drugih podatkov, ki lahko razkrijejo njihovo identiteto. Navajanje polnih imen in priimkov oz. izpostavljanje identitete zdravnikov bi namreč v tej fazi, ko postopek še traja, pomenilo zgolj in samo »medijsko sojenje« posameznikom, pri čemer o morebitni odgovornosti še ne moremo govoriti. Ob tem pa bi izpostavljanje imen vpletenih povzročilo veliko škodo za vse zdravnike – tudi za tiste, za katere bi se izkazalo, da z morebitno odgovornostjo nimajo ničesar.

Tudi v interesu Zbornice, ki zastopa zdravnike v Sloveniji, je, da se ugotovi dejansko in objektivno stanje ter morebitna odgovornost posameznikom. Želimo pa zdravnikom zagotoviti zaščito njihovih z ustavo zagotovljenih pravic in jim omogočiti nemoteno opravljanje zdravniškega dela v času trajanja postopka.

• starši

S starši je Zbornica v postopku obravnave primera, kljub drugačnim navedbam njihovega pravnega zastopnika, večkrat komunicirala tudi neposredno. Postopke, ki so potrebni za dokončanje obravnave njihovega primera, ter razloge za nujnost mednarodne ekspertize je staršem v osebnem pogovoru oktobra letos pojasnil predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., svetnik. Novembra je staršem dolžino postopka pojasnila tudi predsednica Zbornice prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med. Še v istem mesecu je predsednica starše ponovno pisno seznanila z aktivnostmi, ki so bile opravljene v postopku obravnave smrti mladostnika do sedaj oz. jih Zbornica še načrtuje, ter jim obenem ponudila tudi možnost osebnega pogovora.

Zaposlovanje zdravnikov specializantov ♦

25. 11. 2008 je na Zdravniški zbornici Slovenije potekal sestanek glede zaposlovanja zdravnikov specializantov, ki so se ga udeležili predstavniki Zbornice, Fidesa in Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.

V uvodnem delu je bila predstavljena problematika zaposlovanja specializantov, ki se, skladno z novelo Zakona o zdravniški službi, veljavno od 25. 6. 2008 dalje, za ves čas specializacije zaposlijo pri enem delodajalcu. Po konstruktivni razpravi so prisotni soglašali z naslednjimi rešitvami:

- Delodajalce se pozove, naj Zdravniški zbornici sporočijo, koliko specializantov imajo zaposlenih za nedoločen in koliko za določen čas.
- V kolikor bo specializant pri svojem delu (pri delodajalcu ali pooblaščenem izvajalcu) upravičen do posebnih pogojev dela, ga bo delodajalec uvrstil na ustrezno delovno mesto in mu sestavil novo pogodbo o zaposlitvi ali aneks k stari pogodbi o zaposlitvi. Tako bodo nekateri delodajalci morali prilagoditi svoje sistemizacije delovnih mest.
- Specializacija je delovni proces, na podlagi katerega specializantu pripada plača; tudi v primeru, ko je specializant napoten na opravljanje specializacije k pooblaščenemu izvajalcu, ki ni njegov delodajalec (v nadaljevanju: pooblaščen izvajalec), mu pripada plača in ne nadomestilo za delo (slednje bi mu pripadalo, če bi bila specializacija zgolj izobraževalni proces).

Na vprašanje, na kakšni osnovi bi specializant, ki je zaposlen pri svojem delodajalcu, lahko opravljal kroženje pri pooblaščenem izvajalcu, so bile predlagane naslednje možne rešitve:

- Med delodajalcem in pooblaščenim izvajalcem se sklene posebna, čim bolj enostavna in natančna pogodba o napatitvi specializanta, in sicer brez interesnih klavzul.
- Specializant bi opravljal kroženja pri pooblaščenem izvajalcu zgolj na podlagi razporeda specializacije, ki ga za vsakega specializanta naredi Zdravniška zbornica Slovenije – v tem primeru posebna pogodba ne bi bila potrebna.
- Delodajalec bi specializanta napotil na opravljanje specializacije k pooblaščenemu izvajalcu s t.i. konkludentno pogodbo oz. s samo napatitvijo (konkludentnim dejanjem).

• dežurstvo

V kolikor je dežurstvo specializantov opredeljeno v okviru vsebine posamezne specializacije, naj se le-to opravlja v okviru 40-urnega delovnika specializanta, in sicer pri pooblaščenem izvajalcu, pri katerem je trenutno na kroženju. Refundacijo za dežurstvo, ki se izvaja v okviru programa specializacije, je treba zagotoviti v okviru Letnega načrta za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov in druge stroške v zvezi s programom specializacije.

V kolikor bi specializant želel dežurati v obsegu, ki presega polni delovni čas, bi bilo treba:

- skleniti pogodbo o dopolnilnem delu ali podjemno pogodbo s pooblaščenim izvajalcem ali
- skleniti pogodbo o dopolnilnem delu ali podjemno pogodbo z zdravstvenim zavodom, kjer bo opravljal dodatna dežurstva, ali
- pooblaščen izvajalec bi delodajalcu povrnil sredstva, ki bi jih delodajalec na podlagi pogodbe o zaposlitvi za nadurno delo izplačeval specializantu.

Prevoz na delo naj delodajalec specializantu izplača glede na specializantove dejanske stroške in ne zgolj do višine pavšala, ki ga ZZS nakazuje delodajalcem.

Vsi prisotni so soglašali, da zdravstveni zavodi, ki so dobili pooblastilo za izvajanje specializacije, ne morejo in ne smejo odkloniti zaposlitve specializanta za ves čas specializacije.

Delodajalec naj v pogodbi o zaposlitvi opredeli delovni čas specializanta ali napoti na uporabo internih pravilnikov o delovnem času (svojih ali v času kroženja pri drugem pooblaščenem izvajalcu na uporabo internih aktov pooblaščenega izvajalca). V kolikor se v pogodbi opredeljeni delovni čas razlikuje od delovnega časa pri pooblaščenem izvajalcu, je pooblaščen izvajalec dolžan o tem obvestiti delodajalca, ki nato specializantu izda odredbo o prerezporeditvi delovnega časa.

V odločbi o specializaciji se navede tudi obveza specializanta, da opravlja specializacijo v skladu z njeno vsebino, ki vsebuje tudi obvezo opravljanja dežurstva.

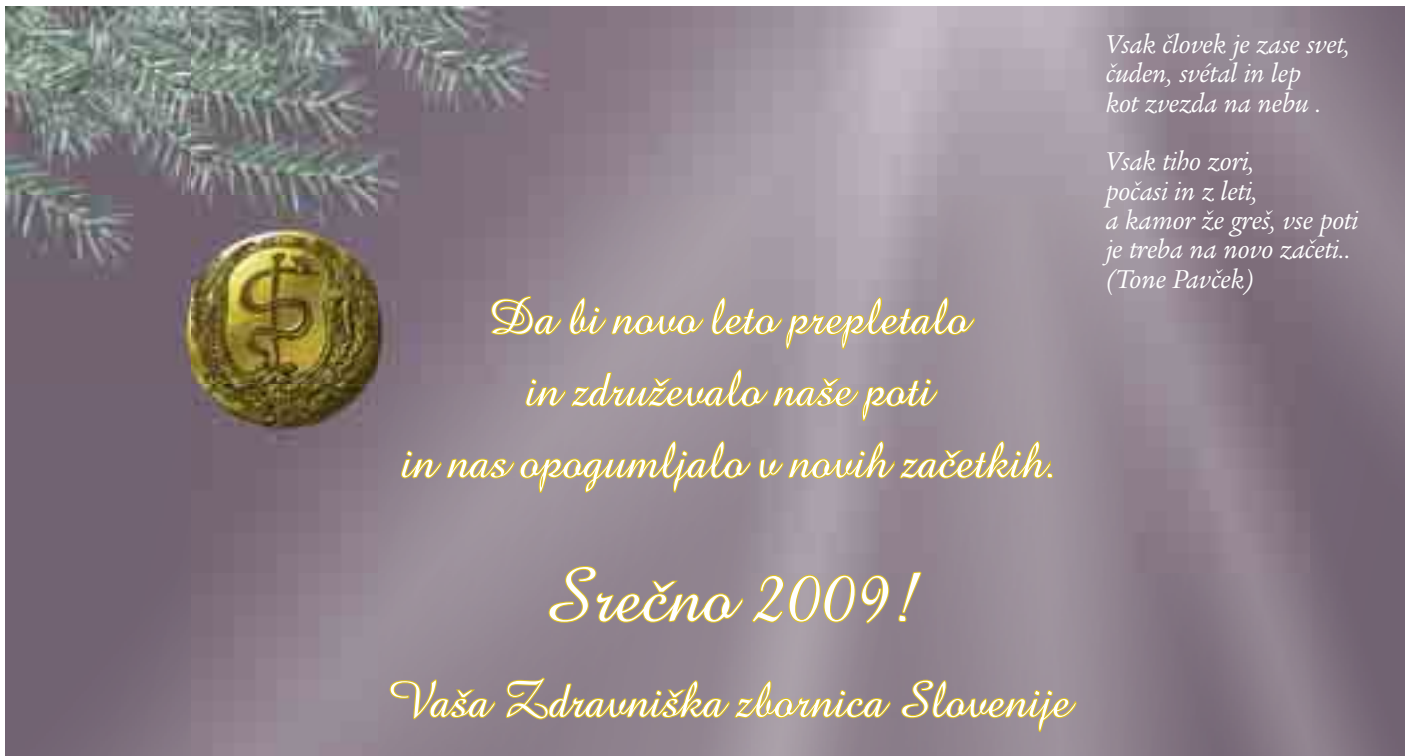
Z navedenimi rešitvami smo seznanili Ministrstvo za zdravje kot pripravljavca določil Za-

kona o zdravniški službi in organ, ki interpretira določbe novega plačnega sistema za področje zdravstva. Opredelitev ministrstva do zgornjih rešitev pričakujemo do 5. decembra 2008. Nato bomo delodajalcem in pooblaščenim izvajalcem ter vsem zdravstvenim zavodom izdali enotno navodilo, kako naj ob upoštevanju zakonodaje s področja novega plačnega sistema, delovnopravne zakonodaje ter Zakona o zdravniški službi pri njih zaposlenim specializantom oz. specializantom, ki so pri njih na kroženju, zagotavljajo pravice iz delovnega razmerja.

Imate dovolj kreditnih točk? ♦

Obvestilo o zbranih kreditnih točkah v zadnjem licenčnem obdobju za udeležbe na stalnem podiplomskem usposabljanju (SPI) boste vsi zdravniki in zobozdravniki prejeli v januarju in februarju.

V prihodnjih letih bo prenova informacijske podpore vsakemu zdravniku omogočala on-line vpogled v evidenco udeležb na SPI-dogodkih in število zbranih SPI-točk. ▶



*Vsak človek je zase svet,
čuden, svetel in lep
kot zvezda na nebu .*

*Vsak tiho zori,
počasi in z leti,
a kamor že greš, vse poti
je treba na novo začeti..*
(Tone Pavček)

*Da bi novo leto prepletalo
in združevalo naše poti
in nas opogumljalo v novih začetkih.*

Srečna 2009!

Vaša Zdravniška zbornica Slovenije

Namesto novoletnih voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

Nove koncesijske pogodbe v MOL ♦

Obveščamo vas, da je Zdravniška zbornica Slovenije pregledala novo tipsko koncesijsko pogodbo, k podpisu katere je Mestna občina Ljubljana povabila nekaj koncesionarjev. Zdravniška zbornica Slovenije je podala nekaj predlogov za dopolnitev oziroma spremembe te koncesijske pogodbe. Trenutno so v teku izmenjave strokovnih stališč in pogajanja. Zavedamo se zakonske obveznosti podpisa koncesijske pogodbe, vendar želimo našim članom zagotoviti optimalne pogoje in pregledne koncesijske pogodbe. O poteku dogovorov vas bomo sproti obveščali. Pred podpisom svetujemo posvet s pravno službo Zbornice.

Tudi Slovenija razmišlja o izstopu iz CPME ♦

Na evropski konferenci zdravniških zbornic, ki je potekala 28. novembra v Parizu, so udeleženci spregovorili o prihodnosti CPME, eni največjih evropskih zdravniških organizacij (Stalni odbor evropskih zdravnikov). Nezdovoljne s svojim položajem v CPME so omenjeno zdravniško organizacijo že zapustile Francija, Španija in Italija, o izstopu pa razmišljajo tudi druge države, tudi Slovenija. Zdravniške zbornice vidimo boljše možnost združevanja znotraj federacije, ki bi evropskim zdravniškim organizacijam omogočala samostojnost, po drugi strani pa ponuja obilo sinergije v združevanju na področjih, kjer imamo skupne interese in smo skupaj močnejši.

Medijski odzivi ♦

Medijski odzivi v prvi polovici decembra so odraz vsakodnevnega novinarskega spremljanja dogajanja ob smrti 12-letnega dečka. Medijem smo zagotovili vsa pojasnila, ki jih omogoča trenutna faza obravnave primera pri odboru za strokovno-medicinska vprašanja. Sodelovali smo tudi v odmevni oddaji Trenja na POP TV, kjer sta stališča Zbornice predstavila prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, in prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., predsednik odbora za strokovno-medicinska vprašanja.

Novosti na področju zakonodaje ♦

Z 12. 11. 2008 je pričel veljati nov Pravilnik o službi nujne medicinske pomoči (NMP), ki ureja pogoje, organizacijo in način dela službe nujne medicinske pomoči. Pravilnik med drugim določa, da je dežurna služba posebna oblika dela v zdravstvenem zavodu, v kateri se ob praznikih, ob delavnikih od 20. ure do 7. ure naslednjega dne in od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure zagotavlja zdravstveno varstvo. Pripominjamo, da plačilo dežurne službe za zdravnike v tem pravilniku ni določeno, saj je urejeno v 45. b členu Zakona o zdravniški službi.

Več informacij na spletni strani Zbornice:
<http://www.zzs-mcs.si/stikizjavnostmi.a.sp?FolderId=363&LanguageId=1&ContentId=806>

V Uradnem listu št. 115/08 je bilo dne 5. 12. 2008 objavljeno Navodilo za predpisovanje in izdajanje magistralno pripravljenih zdravil v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Ustreznejša uvrstitev zobozdravnikov v plačne razrede ♦

4. decembra je potekal sestanek predstavnikov Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Fidesa in Zdravniške zbornice Slovenije z namenom dogovora o ustreznejši uvrstitvi zobozdravnikov v plačne razrede. Sestanek je bil sklican na željo zobozdravnikov, ki ocenjujejo, da njihovo delo v novem plačnem sistemu ni pravilno ovrednoteno, zaradi česar je večina zobozdravnikov nezadovoljna. Na sestanku so udeleženci poskušali poiskati tudi rešitev glede uvrstitve zobozdravnikov v PPD-je. Ob tem je izr. prof. dr. Nenad Funduk poudaril, da bi moral imeti zobozdravnik priznan PPD1, saj opravlja svoje delo v prisilnem položaju, pod agresivnimi instrumentalnimi obremenitvami in je stalno v infektivnem okolju pri vsakem pacientu. Konrad Kuštrin, predsednik Fidesa, je pojasnil, da je vladna pogajalska skupina ob pogajanjih za ustreznejše vrednotenje zdravniškega in zo-

bozdravniškega dela zavrnila predlog uvrstitve v PPD-je za zobozdravnike, lahko pa jih vanje uvrsti delodajalec. Skladno s sklepom sestanka bo odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije pripravil strokovne in vsebinske razlage posebnih pogojev dela zobozdravnikov, opredelil kriterije ter pripravil diferenciacijo pogojev dela, Fides pa bo skupaj z Zdravniško zbornico pripravil pravne podlage in podal predlog za ustrezno razvrščanje zobozdravnikov pri Odboru za tolmačenje Kolektivne pogodbe.

Zahteva Ministrstvu za zdravje za uvrstitev zobozdravnikov v 50. plačilni razred ♦

Zdravniška zbornica in RSK za stomatologijo sta Ministrstvo za zdravje seznanila z nasprotovanjem uvrstitvi zobozdravnikov v 45. razred, ki je naveden v predlogu Aneksa 3 k Splošnemu dogovoru 08, ter z zahtevo po uvrstitvi zobozdravnikov v 50. plačilni razred.

V posebnem tarifnem delu aneksa h kolektivni pogodbi je osnovna razlika med zdravnikom splošne medicine in zobozdravnikom specialistom dva razreda, med zdravnikom splošne medicine in zdravnikom specialistom pa štiri razrede; z aneksom ustvarjena razlika osmih razredov je tako absolutno prevelika. Zobozdravniki so bili torej v predlogu Aneksa 3 k SD 08 neupravičeno uvrščeni v 45. plačilni razred, tj. v razred, ki se upošteva pri sredstvih za plače v programu standardnega tima. Ponovno smo opozorili tudi na obremenitve in dejanske pogoje dela, ki zobozdravnike uvrščajo v plačilne razrede s posebnimi pogoji dela – PPD, česar pa javni zavodi kot delodajalci niso upoštevali.

Zobozdravniki bi se morali, tudi upoštevajoč povprečno starost zaposlenih v javnih zavodih in koncesionarjev, v povprečju uvrščati v 48. plačilni razred, ob upoštevanju posebnih pogojev dela, na osnovi katerih je lahko uvrstitev višja za dva do pet razredov, pa bi morali biti zobozdravniki v povprečju uvrščeni v **50. plačilni razred**.

Nov model financiranja zobozdravstvene dejavnosti ♦

Sabina Markoli, dr. dent. med., predsednica odbora za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije, prof. Ljubo Marion, dr. dent. med., spec., predsednik RSK za stomatologijo, izr. prof. Matjaž Rode, dr. dent. med., spec., podpredsednik Slovenskega zdravniškega društva so podpisniki javnega pisma Ministrstvu za zdravje, s katerim zobozdravniki nasprotujejo spremembi financiranja zobozdravstvene dejavnosti, ki naj bi se po predlogu ZZZS za Splošni dogovor 09 financirala glede na število opredeljenih oseb, torej po t.i. sistemu glavarine. Zobozdravniki kot temeljni nosilci zobozdravstvene dejavnosti so politične odločevalce opozorili na negativne posledice morebitnega sprejetja takšnega predloga, zlasti na slabšo kakovost zobozdravstvenega varstva državljanov, daljše čakalne dobe za posameznika, slabši položaj pacientov s težjimi obolenji, stopnjevanje nezadovoljstva med izvajalci in pacienti in večanje materialnih stroškov. **Prelaganje celotnega finančnega tveganja na ramena zobozdravnikov je nedopustno.** Z uvedbo glavarin bi namreč zavarovalnica prenesla celotno finančno tveganje na ramena izvajalcev zobozdravstvenih

storitev. Glavarine predstavljajo nedopustno stopnjevanje današnjega nepriznavanja realnih stroškov v zobozdravstveni dejavnosti s strani zavarovalnice. 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. Zdravniška zbornica Slovenije zato poziva Ministrstvo za zdravje in Vlado RS, da prisluhneta pobudam za bolj učinkovito in kakovostno zobozdravstveno varstvo, saj bi neupoštevanje strokovnih argumentov in nepriznavanje realnih stroškov poslovanja neizogibno vodilo v padeč kakovosti zobozdravstvenega varstva v Sloveniji, česar si zagotovo ne želimo.

Obvestilo koncesionarjem ♦

Zakon o zdravniški službi koncesionarjem nalaga, da paciente v času svoje odsotnosti obvestijo o odsotnosti in nadomeščanju. Zdravniška zbornica Slovenije je pripravila dve vrsti obrazcev, in sicer obrazec o odsotnosti in nadomeščanju in obrazec o odsotnosti zaradi nočnega dežuranja.

Obrazec o odsotnosti in nadomeščanju - Kadar je zdravnik odsoten zaradi letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, bolezn ali

odsotnosti po Zakonu o delovnih razmerjih, paciente obvesti o odsotnosti iz ambulante med ordinacijskim časom in jih seznani, kdo je v tem času nadomestni zdravnik.

Obrazec o odsotnosti zaradi nočnega dežuranja - Zasebni zdravniki s koncesijo, ki opravljajo nočno dežurstvo in imajo naslednje jutro ordinacijski čas (ambulanto), se naslednji dan soočajo z veliko utrujenostjo, zato je Zdravniška zbornica pripravila obrazec, s katerim koncesionar paciente obvesti, da je zaradi nočnega dežurstva zdravnika ambulanta tisti dan zaprta.

Obrazca sta na voljo na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije www.zdravnikazbornica.si (obvestila za člane).

Pogajanja za splošni dogovor ♦

Pogajanja za splošni dogovor potekajo. Zavod za zdravstveno zavarovanje je na zadnji seji sporočil, da ni pričakovati novih sredstev za širitve programov. Tako v 25. členu SD, ki zagotavlja financiranje dodatnih programov, ni doseženo nobeno soglasje, razen financiranje zdravstvenega varstva zapornikov, kar je sprememba v delovanju dosedanjega sistema in ima podlago v mednarodnih obveznostih Slovenije. ■



Odnos zdravnika do bolnika

Pravice do zdravstvenih storitev bolnika, ki prekine sodelovanje z izbranim zdravnikom, novega zdravnika pa ne izbere

Odbor za pravno-etična vprašanja je na 3. redni seji dne 20. novembra 2008 obravnaval vlogo odvetnika, ki se v imenu stranke (bolnika) pritožuje nad načinom dela in odnosom zdravnika zdravstvenega doma.

V nadaljevanju navajamo povzetek vloge, v kateri so osebne značilnosti in **vsí pomembni razpoznavni podatki bolnika in zdravnika spremenjeni in zabrisani**.

Povzetek vloge:

Bolnik je svojega izbranega zdravnika obiskoval že več let, v letošnjem letu pa predvsem zaradi poškodbe in operacije komolca ter poškodbe prsta. Ob obisku v ambulanti, ki je bil razlog nespornosti, se je pri zdravniku oglasil z dokumentom ustanove za zdravstveno svetovanje, ki uporablja alternativne diagnostične metode (slednje je odbor za pravno-etična vprašanja pod vodstvom mag. Žarka Pinterja, dr. med., že opredelil kot metodo, ki je v nasprotju z Zakonom o zdravniški službi). Bolnik je na podlagi dokumenta prosil za napotitev na kolonoskopijo in gastrokopijo. Izbrani zdravnik je izdajo napotnic odklonil, bolnik se je ob tem razburil, zatrđil, da bo izbral drugega izbranega zdravnika, po mobilnem telefonu opravil pogovor, iz katerega je bilo razvidno, da išče informacije o drugem izbranem zdravniku. Zahteval je izročitev zdravstvene kartoteke, da jo bo odnesel. Zdravnik mu je pojasnil postopke predaje kartoteke, bolnik pa je odgovoril, da mu nihče ne more preprečiti, da bi odnesel kartoteko. Nekaj dni kasneje se je bolnik ponovno oglasil pri istem (»bivšemu«) izbranem zdravniku ter ponovno zahteval napotnico in predpis zdravil. Svetovano mu je bilo, da še isti dan poišče zdravstveno oskrbo v sprejemni ambulanti zdravstvenega doma.

Odbor za pravno-etična vprašanja je glede pravice zavarovanih oseb, potem ko zahtevajo od zdravnika izročitev zdravstvene dokumentacije ter navedejo, da si bodo izbrali drugega zdravnika, a tega ne storijo, zaprosil za mnenje Zavoda za zdravstveno zavarovanje RS. Stališče zavoda navajamo v celoti:

»Prejeli smo vaš dopis, v katerem nas sprašujete o pravicah zavarovane osebe do zdravstvenih storitev, v času ko nima izbranega osebnega zdravnika. Navajate primer, ko je zavarovana oseba zahtevala od zdravnika izročitev zdravstvene dokumentacije in pri tem navedla, da si bo izbrala drugega zdravnika, a tega ni storila. Pojavlja se vprašanje, kakšne so možnosti obravnave takšne zavarovane osebe v času, ko nima izbranega zdravnika.

V vašem dopisu je navedeno več ravnanj, ki niso v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja in drugimi navodili Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Med temi najprej opozarjamo, da se ob prekinitvi izbire osebnega zdravnika in izbiri drugega zdravnika zdravstvena dokumentacija praviloma ne izroča pacientu, ampak si jo morata izmenjati bivši in novi osebni zdravnik po pošti, po kurirju ali osebno. Res so podatki na kartoteki in drugih prilogah last zavarovane osebe in z njimi razpolaga skladno z določili zakona o varstvu osebnih podatkov, vendar pa je dokumentacija last zdravstvenega zavoda ali zdravnika zasebnika, ki osebo zdravi. Ob prenosu dokumentacije med zdravnikoma pa si zaradi morebitnih nesoglasij ali celo vprašanj odgovornosti mora prejšnji izbrani zdravnik zadržati originalno dokumentacijo ali fotokopijo lete. Zavarovana oseba pa ima pravico do vpogleda podatkov, zapisanih na dokumentaciji.

Zamenjava ali nova izbira osebnega zdravnika na primarni ravni poteka skladno z opredelitvami 168., 169., 170. in 171. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovana oseba lahko opravi zamenjavo

zdravnika brez kakršnega koli postopka po tem, ko je najmanj eno leto uveljavljala pravice pri poprej izbranem zdravniku. Izbiro opravi tako, da pri novo izbranem zdravniku izpolni obrazec, listino o izbiri, nakar si oba zdravnika izmenjata zdravstveno dokumentacijo. Poseben postopek je predviden le, če pride pred iztekom enega leta sodelovanja med zdravnikom in pacientom do nesporazumov (169. člen Pravil OZZ). V teh primerih odloči v primeru nesporazumov o možnosti ali pravici do izbire pristojna območna enota ZZS.

Vsako uveljavljanje pravic brez opravljene izbire osebnega zdravnika na primarni ravni, šteje za kršenje postopkov, predpisanih v obveznem zdravstvenem zavarovanju. To je povsem logično, saj pooblastil, ki jih ima osebni zdravnik skladno z določili 3. odstavka 80. člena zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, nima nobeden drug zdravnik. Zaradi tega ZZS ni plačnik storitev, ki bi jih zavarovana oseba uveljavljala ali dobila od zdravnika, ki ni njen osebni zdravnik ali brez napotnice osebnega zdravnika. Lahko pa jih uveljavlja na račun lastnih sredstev oziroma kot samoplačnik.

Na ZZS ni posebnega oddelka za svetovanje glede izbire osebnega zdravnika, pač pa lahko o tem dobijo zavarovane osebe vse potrebne informacije na oddelkih za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja na vseh območnih enotah ZZS.«

Odbor je sklenil, da s strani »bivšega« izbranega zdravnika ni prišlo do kršitve Kodeksa medicinske deontologije Slovenije.

Danica Rotar Pavlič,
predsednica odbora za pravno-etična
vprašanja Zdravniške zbornice Slovenije

Garancija v stomatologiji

Sabina Markoli, Matjaž Rode

Vprašanje:

Sem zobozdravnica, zaposlena v javnem zdravstvenem zavodu, in skrbim za odraslo populacijo. Vedno pogosteje hočejo pacienti izsiliti garancijo, da bosta zdravljenje in še posebno rehabilitacija vseh okvar v ustih potekala brez zapletov in bosta uspešna.

Odgovor:

V Slovarju slovenskega knjižnega jezika je pojem garancija razložen kot jamstvo ali

poročilo.

V klinični medicini in stomatologiji 100-odstotnega uspeha zdravljenja ali rehabilitacije ni mogoče zajamčiti, prav nasprotno, saj je možnost neuspeha strokovni vsakdanjik v stomatologiji.

Zobozdravnik je dolžan opravljati svoj poklic odgovorno, natančno, v skladu s strokovno doktrino stroke in z dobro klinično prakso ter po dogovoru s pacientom (626. člen Obligacijskega zakona). Jamčiti mora (dati garancijo), da je naredil vse, da bi upošteval načela strokovnega ravnanja.

Ne more pa dati garancije za 100-odstotni uspeh nekega zdravljenja ali rehabilitacije.

Zato beseda garancija tudi po sklepu generalne skupščine Evropskega zobozdravniškega združenja 1999 na Bledu ne sodi v pogodbo s plačnikom zobozdravniških storitev.

Zobozdravnik torej garantira za strokovnost zdravljenja, ne pa za 100-odstotni uspeh zdravljenja.

Seveda pa je dopustno govoriti o trajnostnih dobah posameznih dentalnih materialov in stomatoprotetičnih nadomestkov. ■

Komuniciranje z zaposlenimi v zdravstvu: sodoben babilonski stolp?

Damjana Pondelek

Nerodno je, če morajo zaposleni informacije o dogajanju in načrtih, ki zadevajo »njihovo« zdravstveno ustanovo, iskati v medijih oz. se lahko oprejo le na govorice. Zato mora vodstvo poskrbeti za čim bolj neposredno, predvsem pa pravočasno in pošteno obveščanje zaposlenih, sicer bodo (pol)informacije iskali in našli drugje.

Živimo in delamo v dobi elektronske pošte, videokonferenc, glasovne pošte, mobilnih telefonov, biltenov, intraneta. Odlična komunikacijska orodja, ki so lahko v pomoč in podporo tudi komuniciranju z interno javnostjo – z zaposlenimi. Žal se pogosto izkaže, da znotraj zdravstvene ustanove ni nikogar, ki bi ta komunikacijska orodja utegnil napolniti z vsebino. Izkaže se tudi, da zmanjka časa, volje in odločnosti za neposredno informacijo – osebni pogovor z zaposlenimi.

Zaposleni, ambasadorji zdravstvenih institucij

Od prvega do zadnjega posameznika so zaposleni v zdravstvenih ustanovah njihovi ambasadorji. Njihova sporočila o delodajalcu, pa ne gre nujno za verbalno komunikacijo, povedo o zdravstveni ustanovi in njenem vodstvu več od vsake publikacije ali sijajne spletne strani. Če vodstva zdravstvenih ustanov svojim ambasadorjem z besedami in dejanji dokazujejo, da so cenjeni in dragoceni sodelavci, potem je več možnosti, da bodo zaposleni čutili in izkazovali pripadnost. Če pa bodo imeli občutek, da njihovo mnenje in delo ne šteje in da vodstvo z njimi ne želi deliti pomembnih informacij o dogajanju v zdravstveni ustanovi, potem do odtujenosti in nezadovoljstva ni več daleč.

Zdravstvena organizacija – sodoben babilonski stolp?

Babilonski stolp je bil veličastno svetišče v mezopotamskem mestu Babilon. Z osupljivo velikostjo stavbe so graditelji tako razjezili božanstvo, da je ljudi, dotlej govorce istega jezika, razkropilo po svetu in jih kaznovalo z nešteto novimi jeziki, zato sporazumevanje med njimi ni bilo več uspešno. Tudi zdravstvene ustanove se morajo ustaviti ob vprašanju, kako učinkovito komunicirati v okolju, ki združuje posameznike različne stopnje izobrazbe, različnih poklicev, delovnih zadolžitev in kariernih pričakovanj. Posameznike torej, ki govorijo »različne jezike«. Ključ do uspešnega komuniciranja je prilagajanje načina komuniciranja potrebam, pričakovanjem in »jezikom« posameznih skupin zaposlenih znotraj organizacije. Da bi bili pri tem uspešni, moramo vedeti, kako zaposleni v zdravstveni ustanovi sprejemajo informacije, kateri način jim najbolj ustreza, ali so informacije

jasne in verodostojne, ali jih je dovolj... Na ta vprašanja lahko odgovorijo usmerjene interne raziskave in fokusne skupine, presenetljive rezultate pa dajejo tudi neposredni pogovori z mnenjskimi voditelji znotraj zdravstvene ustanove ter z drugimi predstavniki posameznih skupin zaposlenih. Največ o tem, kako učinkovito komunicirati z zaposlenimi, nam lahko povedo prav slednji – torej zaposleni.

Dvosmerno komuniciranje z zaposlenimi

Velikokrat slišimo, da je potrebno z zaposlenimi in ostalimi ključnimi javnostmi komunicirati dvosmerno, ne enosmerno. Kaj to pomeni v praksi?

Enosmerno komuniciranje poteka od zgoraj navzdol, z namenom prepričati tiste, ki jim je sporočilo namenjeno. Takšno komuniciranje ne predvideva in ne omogoča razprave ali povratnih informacij. Vodstvo preko predstojnikov (ali neposredno) naroči zaposlenim, kaj je treba storiti, in tu se razprava konča. Zaposleni se v tovrstnih primerih počutijo izključeni iz procesa odločanja in se z ustanovo, kjer so zaposleni, težje identificirajo. Enosmerno komuniciranje prevladuje v togih, hierarhično strukturiranih okoljih.

Dvosmerno komuniciranje je načrtovano, aktivno in celovito posredovanje informacij zaposlenim, upoštevajoč njihove interese in heterogenost med njimi. Zaposlene spodbuja k odzivnosti, razpravi, povratnim informacijam, k aktivni udeležbi v procesu komuniciranja. Tovrstno komuniciranje povezuje in motivira ter pri zaposlenih krepi občutek pripadnosti in vključenosti – seveda v primerih, ko zaposleni informacije podjetja prepoznajo kot pomembne, celovite in verodostojne. Prva izbira dvosmernega komuniciranja sta navadno neposredni pogovor in elektronska pošta.

Komunikacijska orodja

Elektronsko sporočilo je ena najbolj razširjenih komunikacijskih poti v primerih, ko zaposleni redno uporabljajo elektronsko pošto. Obveščanje po elektronski pošti je treba v vsakem primeru dopolniti z ostalimi komunikacijskimi orodji. Elektronska pošta se izkaže za dobro izbiro, ko gre za preprosta sporočila, npr. ko želimo sodelavce spomniti na datume in ure sestankov. Pri kompleksnih sporočilih pa žal pogosto prihaja do vsebinskega nerazumevanja in napačnih interpretacij, pri čemer je morebitne nejasnosti v najboljšem primeru mogoče odpraviti šele v naslednjem elektronskem sporočilu. Pri sporočilih, ki terjajo širšo razpravo, elektronska pošta torej ni najboljša rešitev.

Pogovor je najustreznejši način dvosmerne komunikacije. Obema stranema daje prostor in priložnost za razpravo in takojšnjo razjasnitev ter omogoča natančno razumevanje sporočila. Pogovor kot način sporočanja informacije je ključen zlasti v primerih, ko sporočilo zadeva posameznika.

Zbor delavcev ali posebni sestanek je poseben dogodek, ko želi vodstvo zdravstvene ustanove predstaviti projekt posebnega pomena, ki bo imel vpliv na vse zaposlene, denimo načrt gradnje nove stavbe, drugačen delovni čas, nov način vodenja... Ni mogoče pričakovati, da se bodo tovrstnega srečanja lahko udeležili vsi zaposleni, zato to ne sme biti edini način sporočanja; informacija bo treba predstaviti še na intranetu, v biltenu, na ožjih sestankih...

Bilten, priložnostne novice in ostale interne publikacije so učinkovit način sporočanja splošnih informacij, npr. informacij o izobraževalnih programih, prihajajočih dogodkih, obvestil o aktualnem dogajanju znotraj zdravstvene ustanove. Tovrstne publikacije povezujejo in pomagajo krepiti vezi vodstva z zaposlenimi in zaposlenih med seboj.

Oglasne deske so primeren prostor za kratka obvestila, pri čemer pa moramo v prvi vrsti poskrbeti za ustrezno vidnost oglasnih desk in njihovo smiselno umeščenost v prostor, nato pa tudi za ustrezno berljivost in aktualnost sporočil.

Intranet – zaprte spletne strani, namenjene samo zaposlenim, so primerne za objavo aktualnih informacij in temeljnih dokumentov, ki jih pri svojem delu potrebujejo zaposleni. Zdravstvena ustanova mora poskrbeti tudi za ustrezno odzivnost na elektronska sporočila, ki jih zaposleni pošiljajo vodstvu po tej poti.

Navodilo zaposlenim je primer enosmernega komuniciranja z negativno konotacijo, saj ne omogoča razprave ali ugovora. Navodila se največkrat končajo z besedami: »Prosimo vas, da to navodilo dosledno upoštevate!!« Žal je to vse prevečkrat uporabljen način komuniciranja v zdravstvenih ustanovah.

Pokvarjeni telefon – igra, v kateri otroci drug drugemu šepetajo na uho skrivno sporočilo, dokler slednje, navadno povsem spremenjeno, ne prispe do zadnjega v vrsti, je za zaposlene žal še vedno prevladujoč način pridobivanja informacij v primerih, ko ne morejo do drugih, bolj verodostojnih informacij. Tako pridobljene informacije, torej govornice, škodijo ugledu zdravstvene ustanove in vodstva, zato mora slednje storiti vse, da prevzame iniciativo pri obveščanju zaposlenih. Celovito obveščeni zaposleni so namreč bolj skeptični do govornic, predvsem pa ne sodelujejo v procesu prenašanja tovrstnih sporočil dvomljive vrednosti.

Odkrito in pošteno komuniciranje

Zaposleni v zdravstvu potrebujejo odkrito in pošteno komuniciranje – tudi v času, ko novice niso dobre. V obdobjih intenzivnih sprememb, ki jih prinašajo reorganizacije in kadrovske spremembe na vodilnih mestih ali nižje, ravno suvereno komuniciranje znotraj zdravstvene ustanove zagotavlja potrebno stabilnost ter zaposlenim in okolici sporoča, da so stvari pod nadzorom. Vodstvo, ki pridobi zaupanje zaposlenih v mirnih časih, bo to dragoceno vez lažje ohranilo tudi v obdobjih burnih dogajanj in sprememb.

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.

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



Razvrščanje, predpisovanje in izdajanje zdravil

Barbara Razinger Mihovec

Ker pravilnik predpisuje pravila za predpisovanje in izdajanje zdravil, ki so namenjena zagotavljanju pravilne in varne uporabe zdravil, biga morali dobro poznati vsi zdravniki in farmacevti ter bi moral biti del obvezne literature v vsaki zdravniški ordinaciji in lekarni. Dosledno upoštevanje pravilnika bo prispevalo k racionalizaciji dela zdravstvenih delavcev, precej manj bo tudi nepotrebnega obremenjevanja pacientov, ki se morajo zaradi neustrezno predpisanih receptov pogosto vračati k zdravniku.

Dvajsetega septembra 2008 je začel veljati Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 86/08), ki je bil izdan na podlagi novega Zakona o zdravilih (Uradni list RS, št. 31/06 in 45/08). Temeljno vodilo pri pripravi pravilnika je bilo zagotoviti tak pravni akt, ki bo prispeval k čim varnejši in pravilni terapiji, upoštevajoč dosedanje izkušnje zdravnikov in farmacevtov pri izvajanju doslej veljavnega pravilnika ter pripombe posameznikov, združenj in institucij, ki so sodelovali v javni razpravi.

V primerjavi z doslej veljavnim Pravilnikom o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 59/03 in 114/03) prinaša predvsem naslednje novosti:

- določa pooblaščenim institucijam za izdajo uradno veljavnih receptnih obrazcev (ZZZS in IVZ);
- daje pravno podlago za predpisovanje zdravniških receptov v elektronski obliki;
- natančneje opredeljuje pravila za predpisovanje in izdajo zdravil na obnovljivi zdravniški recept;
- spremenjene in dopolnjene so določbe o največjih količinah zdravil s psihotropnimi in narkotičnimi učinkovinami, ki jih je mogoče predpisati in izdati na en recept;
- zdravil s psihotropnimi in narkotičnimi učinkovinami iz skupine II, IIIa in IIIc Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami se ne sme predpisovati na receptne obrazce, opredeljene v 210. členu Pravil

obveznega zdravstvenega zavarovanja;

- določa pravila za shranjevanje in varovanje uradno pečatenih knjig evidenc o zdravilih, ki vsebujejo narkotične in psihotropne učinkovine, ter pravila za shranjevanje receptov in vodenje evidenc o vseh izdanih zdravilih;
- določa nekatere omejitve pri izdaji zdravil, za katera ni potreben zdravniški recept.

Pravilnik ima enako strukturo kot doslej veljavni pravilnik:

- prvi del določa merila za razvrščanje zdravil glede na način predpisovanja in izdajanja,
- drugi del določa pravila za predpisovanje zdravil na recept,
- tretji del pa določa pravila za izdajanje zdravil.

Merila za razvrščanje zdravil

Ta del pravilnika je namenjen zlasti predlagateljem vlog za pridobitev dovoljenja za promet z zdravilom ter Javni agenciji za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP), ki na predlog pristojne komisije za zdravila dokončno odloči o tem, ali se mora določeno zdravilo predpisovati in izdajati le na recept oziroma ali se sme izdajati tudi brez recepta.

Predpisovanje zdravil

Zdravila se smejo predpisovati samo na uradno veljavnih receptnih obrazcih, ki jih izdajata Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije – ZZZS (za zdravila, katerih stroški se delno ali v celoti krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja) in Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije – IVZ (za zdravila, katerih stroški se ne krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja), predpisovati pa jih smejo samo zdravniki z licenco na podlagi zakona, ki ureja zdravniško službo, in sicer lahko predpisujejo samo tista zdravila, ki se dajejo v promet na podlagi Zakona o zdravilih.

Recept mora poleg podatkov o bolniku vsebovati:

1. Lastniško (zaščiteno, tovarniško) ime zdravila ali splošno ime zdravila (mednarodno nelastniško ime, ki ga pogovorno imenujemo

tudi generično ime). Zdravnik predpiše zdravilo s splošnim imenom, kadar meni, da ni pomembno, katero ustrezno zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil dobi bolnik.

2. Farmacevtsko obliko in jakost zdravila (oba podatka je treba navesti tudi, če je zdravilo le v eni farmacevtski obliki in jakosti).
3. Količino zdravila, ki je praviloma izražena s številom originalnih pakiranj z navedenim številom enot, izjemoma pa je lahko izražena tudi samo s številom odmernih enot ali s številom dni zdravljenja. Njihovo število je treba vedno označiti tudi z besedami v oklepaju (tudi, če je predpisana samo ena škatlica zdravila). Če se količina zdravila izrazi s številom dni zdravljenja, mora biti število teh dni izpisano tudi z besedo.
4. Jasno in popolno navodilo o odmerjanju in načinu uporabe zdravila. Ne zadostujejo samo besede »po navodilu« ipd., razen v primerih sklica na pisno navodilo, ki ga zdravnik da uporabniku. Kadar se zdravilo predpiše le za občasno uporabo (po potrebi), je treba navesti največji dnevni odmerek zdravila za zadevnega uporabnika, npr. »Ventolin inhalacijska suspenzija pod tlakom 1 vdih po potrebi ob težkem dihanju (največ 4-krat dnevno)«. Navodilo na receptu za zdravila, za katera je določeno, da jih aplicira zdravstveni delavec, mora imeti oznako »v roke zdravniku« (*ad manum medici*).
5. Če zdravnik predpiše presežen največji odmerek zdravila ali če predpiše drugačno odmerjanje, kot ga določa dovoljenje za promet z zdravilom in drugi predpisi, mora številke izpisati tudi z besedami in poleg te oznake dodati klicaj (!) ter se poleg njega podpisati.
6. Osebno številko zdravnika.
7. Lastnoročni podpis z osebnim žigom zdravnika in telefonsko številko zdravnika. Čeprav je bilo že v prejšnjem pravilniku določeno, da mora biti na receptu vedno navedena telefonska številka zdravnika, se v praksi pogosto dogaja, da tega podatka na receptu ni, kar precej otežuje komunikacijo med farmacevtom iz zdravnikom, če so potrebna dodatna pojasnila pri izdaji zdravila. Torej, treba je poskrbeti, da bodo žigi opremljeni

tudi s telefonsko številko zdravnika oziroma telefonsko številko zdravnika pripisati na receptu.

8. Žig z imenom in naslovom javnega zdravstvenega zavoda oziroma pravne ali fizične osebe, ki opravlja zdravstveno dejavnost.

Zdravnik mora pacienta o predpisanem zdravilu ustrezno informirati, skupaj z možnostjo zamenjave v okviru seznama medsebojno zamenljivih zdravil in potrebnih doplačil.

Če zdravnik ne želi, da se na recept, na katerega je predpisal zdravilo, izda drugo ustrezno zdravilo s seznama medsebojno zamenljivih zdravil, mora to označiti z besedami »Ne zamenjуй!« in se poleg oznake podpisati. Zdravnik sme tako prepovedati zamenjavo le, kadar bi zamenjava lahko ogrozila uporabnikovo zdravje ali varnost.

Predpisovanje na obnovljivi recept

Obnovljivi recept je tisti, na katerega se sme zdravilo izdati večkrat.

Na obnovljivi recept se smejo predpisati samo zdravila za dolgotrajno jemanje ali za zdravljenje kroničnih ali ponavljajočih se motenj ali bolezni, ki nimajo posebnega režima predpisovanja in izdaje, ter zdravila, ki ne vsebujejo narkotičnih in psihotropnih snovi iz skupine II in III Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (na obnovljivi recept se torej ne smejo predpisovati npr. barbituratni in nebarbituratni hipnotiki in antiepileptiki,

benzodiazepinski anksiolitiki in hipnotiki, stimulanzi in anorektiki).

Zdravnik mora na obnovljivem receptu označiti »repetatur« ali »ponovi«, če želi, da se predpisano zdravilo na ta recept znova izda. Hkrati mora s številko in besedo označiti število zelenih ponovitev. Če npr. zdravnik označi »ponovi 2x (dvakrat)«, pomeni, da se zdravilo na isti recept lahko izda trikrat.

Pravilnik v primerjavi s prejšnjim določa, da obnovljivi recept velja samo za število predpisanih ponovitev oziroma največ leto dni od datuma predpisa. Če zdravnik poleg oznake »repetatur« ali »ponovi« ne navede števila ponovitev, se izdaja zdravila lahko ponovi le enkrat.

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja se smejo zdravila na obnovljivi recept predpisovati v skladu s predpisi nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS).

Predpisovanje na poseben zdravniški recept

Poseben zdravniški recept je recept v dveh istovetnih izvodih, pri čemer mora biti na drugem izvodu oznaka »kopija«. Na obeh izvodih posebnega recepta mora biti navedena zaporedna številka iz uradno pečatene knjige evidenc o izdanih zdravniških receptih, ki jo vodijo predpisovalci receptov, in zaporedna številka iz uradno pečatene knjige evidenc o izdanih zdravilih, ki jo vodijo lekarne.

Na poseben zdravniški recept se morajo zaradi tveganja nastanka odvisnosti predpisovati zdravila, ki vsebujejo narkotične in psihotropne snovi iz skupine II, IIIa in IIIc Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami. Predpisovati jih smejo samo zdravniki, ki so registrirani v Republiki Sloveniji, in sicer v skladu s sprejetimi nacionalnimi usmeritvami za zdravljenje bolečine pri bolnikih z rakom ter za zdravljenje kronične bolečine, ki ni posledica rakave bolezni.

Ta zdravila se ne smejo predpisovati na receptne obrazce iz 210. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Posebni zdravniški recept velja pet dni od datuma predpisa, pri čemer začne rok teči naslednji dan po predpisu.

V pravilniku so spremenjene in dopolnjene določbe o največjih količinah zdravil s psihotropnimi in narkotičnimi učinkovinami, ki jih je mogoče predpisati za enkratno izdajo za enega uporabnika v količinah za zdravljenje do 30 dni, in sicer so te količine spremenjene pri buprenorfinu, fentanilu in oksikodonu, dodane pa so količine za dronabinol, fenetilin, modafinil, tinkturo opija in tilidin.

O predpisovanju zdravil, ki vsebujejo narkotične in psihotropne snovi iz skupine II, IIIa in IIIc Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, morajo zdravniki voditi uradno pečateno knjigo evidenc o predpisovanju zdravil. Prav tako morajo voditi tudi uradno pečatene knjige evidenc o nabavi, porabi in zalogi teh zdravil. Za uradno pečatenje je pooblaščen Javna agencija za zdravila in medicinske pripomočke (JAZMP). Knjige evidenc je treba voditi na način, ki omogoča sledljivost. Varovane morajo biti pred morebitnimi zlorabami ali uničenjem. Shranjevati jih je treba vsaj pet let po datumu zadnjega vpisa o zdravilu, ki vsebuje narkotične in psihotropne snovi, v skladu s predpisi, ki urejajo varovanje arhiviranega gradiva.

Predpisovanje zdravil z režimom predpisovanja in izdaje H in ZZ

Zdravila na zdravniški recept z režimom predpisovanja in izdaje H se smejo predpisati samo na naročilnico.

Tudi zdravila na zdravniški recept z režimom predpisovanja in izdaje ZZ se praviloma predpisujejo na naročilnico. Na recept se smejo predpisati le izjemoma, če se zagotovi prenos zdravila od lekarne do javnega zdravstvenega zavoda oziroma pravne in fizične osebe, ki opravlja zdravstveno dejavnost, v ustreznih temperaturnih in drugih pogojih shranjevanja.



Izdajanje zdravil

Pooblaščen osebna v lekarni (farmacevt) mora izdati zdravilo, ki je predpisano na zdravniški recept, v skladu z določbami pravilnika za predpisovanje zdravil.

Zdravilo, ki je na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil, lahko brez poprejšnjega sporazuma z zdravnikom zamenja z ustreznim zdravilom s tega seznama, če zdravnik na receptu z besedami »Ne zamenjaj!« ni ustrezno označil, da zamenjava ni dovoljena, v naslednjih primerih:

- če je za predpisano zdravilo potrebno doplačilo, uporabnik oziroma prevzemnik pa zanj ni pripravljen plačati doplačila oziroma ne izkaže drugega ustreznega kritja, se predpisano zdravilo lahko zamenja z ustreznim cenejšim zdravilom s tega seznama;
- če pri veletrgovcih z zdravili predpisanega zdravila ni mogoče dobiti.

V teh primerih mora farmacevt uporabnika oziroma prevzemnika seznaniti s predpisanim zdravilom in ustreznimi zdravili s seznama medsebojno zamenljivih zdravil.

Kadar je zdravilo predpisano s splošnim imenom, mora pooblaščen osebna uporabnika oziroma prevzemnika zdravila obvestiti o razpoložljivih medsebojno zamenljivih zdravilih in

morebitnih doplačilih. Ustrezno zdravilo pooblaščen osebna izda sporazumno z uporabnikom oziroma prevzemnikom zdravila.

Pooblaščen osebna ne sme brez poprejšnjega sporazuma z zdravnikom, ki je predpisal zdravilo, izdati namesto predpisanega zdravila:

- podobnega zdravila, ki nima enake kakovostne in količinske sestave učinkovine v enaki farmacevtski obliki;
- zdravila, ki ni na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil.

Če je na receptu predpisano odmerjanje neustrezno (npr. po navodilu, po potrebi), pooblaščen osebna za izdajo pa se o tem ne more ustrezno dogovoriti z zdravnikom, sme izdati le eno najmanjše pakiranje zdravila.

Če zdravnik pri predpisovanju lastniškega zdravila, ki je v prometu v različnih jakostih ali pakiranjih, ne navede jakosti ali pakiranja oziroma števila dni zdravljenja, izda pooblaščen osebna predpisano zdravilo v najmanjši učinkoviti jakosti in v najmanjšem pakiranju.

Če gre za dvoumne primere, pooblaščen osebna na primeren način vrne recept zdravniku, ki je tak recept predpisal, oziroma uporabniku s potrebnim pojasnilom.

Pooblaščen osebna za izdajo zdravil lahko v

skladu s predpisi nosilca obveznega zdravstvenega zavarovanja popravi podatke na administrativnem delu recepta.

Izdana količina zdravila, za katero ni potreben zdravniški recept, je za enega uporabnika praviloma največ tri pakiranja z najmanjšim številom enot oziroma eno pakiranje z večjim številom enot. Če pooblaščen osebna sumi, da gre za zlorabo, lahko zavrne izdajo zdravila, za katero ni potreben zdravniški recept.

Ob vsaki izdaji zdravila na recept ali brez recepta mora pooblaščen osebna uporabniku oziroma prevzemniku svetovati in ga seznaniti s pravilno in varno uporabo zdravila.

Sklep

Ker pravilnik predpisuje pravila za predpisovanje in izdajanje zdravil, ki so namenjena zagotavljanju pravilne in varne uporabe zdravil, bi ga morali dobro poznati vsi zdravniki in farmacevti ter bi moral biti del obvezne literature v vsaki zdravniški ordinaciji in lekarni. Dosledno upoštevanje pravilnika bo prispevalo k racionalizaciji dela zdravstvenih delavcev, precej manj bo tudi nepotrebne obremenjevanja pacientov, ki se morajo zaradi neustrezno predpisanih receptov pogosto vračati k zdravniku. ■

Kaj je posebej pomembno pri predpisovanju zdravil:

Recept mora poleg ostalih podatkov vedno vsebovati:

- **Ime zdravila.**
- **Farmacevtsko obliko in jakost zdravila** (oba podatka je treba navesti tudi, če je zdravilo le v eni farmacevtski obliki in jakosti).
- **Količina zdravila mora biti vedno navedena tudi z besedami v oklepaju** (tudi, če je predpisana samo ena škatlica zdravila).
- **Jasno in popolno navodilo o odmerjanju in načinu uporabe zdravila.** Ne zadržujejo samo besede »po navodilu« ipd., razen v primerih sklica na pisno navodilo, ki ga zdravnik da uporabniku. Kadar se zdravilo predpiše le za občasno uporabo (po potrebi), je treba navesti največji dnevni odmerek

zdravila za zadevnega uporabnika, npr. »Ventolin inhalacijska suspenzija pod tlakom 1 vdih po potrebi ob težkem dihanju (največ 4-krat dnevno)«.

Če zdravnik predpiše presežen največji odmerek zdravila ali če predpiše drugačno odmerjanje, kot ga določa dovoljenje za promet z zdravilom in drugi predpisi, mora številke izpisati tudi z besedami in poleg te oznake dodati klicaj (!) ter se poleg njega podpisati.

- **Lastnoročni podpis z osebnim žigom zdravnika in telefonsko številko zdravnika**, kar olajšuje komunikacijo med farmacevtom iz zdravnikom.

Na obnovljivem receptu mora zdravnik s številko in besedo označiti število zelenih ponovitev. Če npr. označi »po-

novi 2x (dvakrat)«, pomeni, da se zdravilo na isti recept lahko izda trikrat. Če zdravnik poleg oznake »repetatur« ali »ponovi« ne navede števila ponovitev, se izdaja zdravila lahko ponovi le enkrat.

Na obnovljivi recept se ne smejo predpisovati npr. barbituratni in nebarbituratni hipnotiki in antiepileptiki, benzodiazepinski anksiolitiki in hipnotiki, stimulanzi in anorektiki.

Zdravila, ki vsebujejo psihotropne in narkotične snovi iz skupine II, IIIa in IIIc Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, ki jih je treba predpisati na posebni zdravniški recept (v dvojniku), se ne smejo predpisovati na receptne obrazce iz 210. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Čakajoč na operacijo

Miran Rems

Ne verjamem, da obstoja zdravstveni sistem brez čakalnih vrst. Vsaj kot sistem ne. Čakalne vrste nastajajo v vsakem, saj je običajno dotok pacientov večji, kot je finančna in kadrovska zmožnost sistema. Verjamem pa, da lahko vsem nalijemo čiste ga vina in jasno pokažemo naše zmožnosti. Moramo. Le tako bomo lahko nadaljevali razprave, ki so včasih prevroče ali celo politično obarvane. Mi, ki vsakodnevno prihajamo v stik s stiskami bolnikov, ki vsakodnevno razlagamo, kakšne težave se pojavljajo, če ni dovolj sredstev, kadra ali prostora, moramo predstaviti vsaj minimalne skupne imenovalce težav.

Za razumljivo razpravo je treba najprej poenotiti osnovne pojme. V nasprotnem hitro postanemo predmet dnevnega paberkovanja, kar pa ni namen prispevka. Predstavljam poskus.

- **Čakalna vrsta** – vrstni red bolnikov, čakajočih na poseg ali pregled. V čakalno vrsto se bolnik vključi glede na klinično presojo zdravnika.
- **Prednostna čakalna vrsta** – vrstni red bolnikov, ki zaradi bolezenskega stanja potrebujejo čim hitrejši poseg.
- **Čakalna knjiga** – klasična ali elektronska verzija hranjenja podatkov o čakalni vrsti. Vključuje osebne podatke bolnika, strokovne podatke (diagnozo, vrsto posega), administrativne podatke (datum vpisa, ambulanto, plačnika, želeni čas izvedbe, želenega izvajalca) oziroma naprej dogovorjene podatke.
- **Čakalna doba** – čas od vpisa do izvedbe posega ali pregleda. Čakalnih dob je veliko, ne zgolj ena.
- **Povprečna čakalna doba** – povprečen čas čakanja za določen poseg ali pregled. Ta podatek se pošilja vsake štiri mesece ZZZS-ju in je razdeljen v sedem skupin glede na dneve čakanja (0–90, 91–180, ...).
- **Realizirana povprečna čakalna doba** – povprečna čakalna doba, ki je bila realizirana v zadnjih 12 mesecih od dneva vpisa do izvedbe posega ali pregleda (vključuje vse čakalne dobe bolnikov, pri katerih je bil

opravljen določen poseg).

- **Načrtovana čakalna doba** – čakalna doba, ki jo ustanova načrtuje, da jo bo realizirala (načrtovana realizirana čakalna doba). Običajno je enaka realizirani povprečni čakalni dobi v zadnjem letu in je zabeležena v finančnem načrtu ustanove.
- **Predvidena čakalna doba** – predvidena doba glede na izkušnje, kdaj bo bolnik prišel na vrsto za poseg. Gre za dobo, ki je po izkušnjah v hiši, pri mešanju vseh stanj nujnosti, ocenjena za realno dosegljivo v trenutku, ko se bolnik vpiše v čakalno vrsto.

Pomembno je razumevanje razlik med definicijami posameznih čakalnih dob. Pri izračunu povprečne čakalne dobe namreč upoštevamo samo čakalne dobe bolnikov, ki še čakajo na poseg, medtem ko pri izračunu realizirane povprečne čakalne dobe v izračun vključimo vse bolnike, ki so bili v preteklem obdobju operirani, torej po posegu. Tako dobimo kazalnik (kakovosti?) o sposobnosti sistema in ne podatek o čakanju.

Ko se bolnik naroči za operativni poseg, vstopa v bazen bolnikov, ki čakajo na operativni poseg, oz. kandidira za čas v operacijski dvorani in za čas operativne ekipe. Lahko se zgodi (zaradi omejitve operacijske dvorane ali ekipe), da se pri povečanem številu urgentnih operacij (npr. bolnikov z rakom) logično podaljša čakalna doba bolnikov z žolčnimi kamni, ker kandidirajo za isto operacijsko dvorano in isto ekipo. Tu je največji nesporazum pri politikih in bolnikih pri razumevanju čakalnih dob. V bolnišnici, ki ima akuten program (vse splošne bolnišnice in klinični centri), je nemogoče določiti natančen datum operativnega posega, saj zaradi omejenosti prostora in kadrov ne vemo, kakšna bo možnost izvedbe posega čez pet ali osem mesecev. Prav tako je zaradi višje sile (nujni program, bolezen, odsotnosti) dvomljivo v enakem sistemu voditi čakalne vrste glede na zdravnika – operaterja, kar so dodatne zahteve IVZ-ja.

Načrtovanje je oteženo zaradi kompleksnosti timeskega dela, kjer odsotnost enega od članov tima poruši načrtovano izvedbo programa. Te težave se sicer lahko nadomestijo z znižanjem standardov in nadomeščanjem manjkajočih

članov tima z manj izkušenim sodelavcem, vendar samo, če je to še strokovno sprejemljivo. Podobno je pri prostoru. V primeru, da je možno izvajati urgentni program ločeno od načrtovanega, je preglednost čakalnih vrst veliko večja. Žal temu v marsikateri hiši ni tako (v SB Jesenice nedvomno ni). Velike prostorske težave ter premajhno število operacijskih sob onemogočajo natančnejše načrtovanje posegov. Mogoče je še nekaj rezerve v popoldanskem delu, ko so operacijske sobe manj zasedene, vendar tu trčimo ob pomanjkanje kadra, saj ni možno izvajati povečanega programa z istim kadrom, kljub dodatnemu plačilu. Dodatno je omejitev pri kadrovskih obremenitvah polivalentnosti zdravnikovega dela, ki se izvaja tudi na oddelku, intenzivni terapiji, ambulantah in so zdravniki zaradi tega potrebni tudi tam.

Uvrstitev v čakalno vrsto je odvisna od bolezni, ki jo ima bolnik. Odločitev je tako pogojena z mnenjem zdravnika specialista, ki bolniku predlaga zdravljenje. Samo pri bolnikih, ki potrebujejo menjavo kolka ali operacijo sive mreže, je v prilogi 6 Področnega dogovora za bolnišnice jasno definiran točkovnik oz. stanje, ki uvršča bolnika v prednostno čakalno vrsto. V vseh ostalih primerih gre za prosto presojo specialista. Vsi razumemo, da ne more biti enaka čakalna vrsta npr. za bolnika z rakom črevesja ali bolnikom, ki ima žolčne kamne. Tukaj prihaja bolnik, ki ima »lažjo« diagnozo, v deprivilegiran položaj in posredno čaka dalj. Tudi v skupini bolnikov, ki so naročeni na operacijo žolčnih kamnov, so podskupine, ki so bolj nujne kot ostale. Gre za bolnike z vnetji, pogostimi težavami in/ali sočasnimi boleznimi. Občasne zahteve ZZZS-ja, da bolnika uvrstimo v prednostno čakalno vrsto, ker je le-ta že dolgo na bolniškem dopustu, so logične, a nimajo pravne podlage in ravno tako predstavljajo obremenitev za zdravstveni sistem kot celoto. Dodatna deprivilegiranost nastaja z zahtevo države, da so nekateri posegi prospektivni in tako določeni za vsako hišo vnaprej. Z administrativnim povečevanjem prospektivnih primerov smo avtomatično podaljšali čakalne dobe ostalim bolnikom, ki jih je država tako postavila v slabši položaj. Ob tem pa opazujemo povečanje deleža urgentnih primerov (predvsem travmatizem).

Program operativnih posegov načrtujemo dva do tri tedne vnaprej, pri bolnikih, ki potrebujejo npr. endoprotezo, pa dva meseca vnaprej (zaradi potrebe po avtotransfuziji). Če se bolnik ne odzove na vabilo za poseg (službena obveznost, bolezen, ...), ga kličemo naslednjič. Po treh klicih ga uvrstimo na konec čakalne vrste, kljub temu, da do sedaj ni jasno sprejeto tako stališče, ki bi vzdržalo pravno presojo. Potrebuje širšo razpravo ter odločitev na državni ravni, kajti s tem posegamo v pravice bolnikov. Tako se nam dogaja, da nekateri bolniki ostajajo nerazumno dolgo v čakalni vrsti. V sistemu nimamo pravila, kako obravnavati takšne primere, in verjetno je to eden od vzrokov, zakaj so nekatere čakalne vrste daljše. Veliko manjši problem so bolniki, ki so med čakanjem na operativni poseg, žal, umrli.

Ti sicer podaljšujejo povprečno čakalno dobo, nič pa ne vplivajo na realizirano. Povprečna čakalna doba je podatek, ki nam pove najmanj in bi ga bilo smiselno izločiti. Je pa podatek, ki je najbolj podvržen manipulacijam s številom čakajočih in političnim potrebam.

Smiselno je razmišljati o čakalnih vrstah, ki bi bile nacionalne. Tu potrebujemo zakonsko podlago, kot je uvedena pri sistemu NALEP za čakalno knjigo za menjavo kolka. Vse zbirke morajo spoštovati varovanja osebnih podatkov in biti zakonsko definirane. Izkušnja je, da zelo malo bolnikov želi poseg v drugi ustanovi, kljub krajšemu čakanju. Odločanje gre bolj po »ljudskem glasu«. Glavnina bolnikov želi poseg v bližnji ustanovi oz. pri zdravniku, ki

ga izberejo za lečečega.

S skupnim definiranjem in enakim razumevanjem čakalnih dob bo razjasnjeno največ težav in preglednost problematike bo jasnejša. To je naloga, ki je pred nami. Največjo podporo pri razreševanju nejasnosti lahko pričakujemo z definiranjem, kdo od bolnikov je uvrščen v prednostno čakalno vrsto. Ravno tako je nujno vsem zavarovancem oz. državljanom jasno povedati, kakšne so razlike med načrtovano in realizirano čakalno dobo. Smiselno je, da se uporabljajo iste definicije in da se prične govoriti o realizirani (izvedeni) povprečni čakalni dobi (povprečen čas od vpisa do izvedbe posega) glede na vrsto posega. ■

Medtem, ko so otroci odrasli

Nova pediatrična klinika v Ljubljani

Majda Kurinčič Tomšič

28. oktobra 2008, pet let od začetka gradnje nove pediatrične klinike (2003), 10 let po postavitvi temeljnega kamna in 16 let od zamisli za izgradnjo sodobnejše pediatrične klinike v Ljubljani, je nova pediatrična klinika dobila uporabno dovoljenje. V teku je razpis za novo opremo, ki bo omogočila vselitev in pričetek dela.

Iz semena zraste novo življenje le, če seme propade. Je to primerljivo z nastajanjem nove pediatrične klinike (NPK)?

Sedanje razmere na pediatrični kliniki so za bolne otroke, njihove starše in za vse zaposlene resnično nevzdržne. Zato zaželim vsem vpletenim in odgovornim za izgradnjo in opremo NPK veliko pravih, hitrih odločitev, z obilo sreče.

Prva otroška bolnišnica v Ljubljani je bila osnovana leta 1865 (v stavbi na Poljanski cesti, z 12 posteljami – slika 1)

Leta 1889 so zgradili novo bolnišnico (po drugi svetovni vojni je bila preimenovana v kliniko) na Ulici stare pravde – slika 2, ki je že takoj po 2. svetovni vojni postala pretesna za potrebe zdravljenja otrok in mladostnikov iz Ljubljane in drugih delov Slovenije. Tako



Slika 1



Slika 2

so na Vrazovem trgu pričeli z gradnjo nove pediatrične klinike, stara pa je postala mestna otroška bolnišnica.

Prvi del sedanje pediatrične klinike na Vrazovem trgu so predali namenu leta 1953, dokončni obseg je dobila leta 1956, kot ena najmodernejših klinik v državi. Na zdravljenje so prihajali tudi otroci iz drugih delov takratne skupne države Jugoslavije. Kot vzor sodobne klinike so jo obiskovali tudi tuji državniki.

Kakšna je zunanost sedanje pediatrične klinike, kaže slika 3.

14. oktobra 1998 je minister za zdravstvo RS ovekovečil priprave na graditev NPK s temeljnim kamnom.

Gradbena dela so se pričela šele leta 2003.

V letu 2005 so bila dela v polnem teku.

Tako temeljito so »zasadili« temelje NPK zaradi slabše nosilnosti tal, kot je bila prvotno predvidena, saj so bile zahteve EU zaradi varnostnih razlogov poostrene (slika 4).

Od zamisli za NPK se je postaral že marsikateri otrok, ki ima sedaj že svoje otroke.

Tudi bukev na vrtu klinike za gastroenterologijo se je postarala ob opazovanju gradnje NPK na drugi strani ceste.

Iskrivi otroci slikarke Jelke Reichman na prikupni poslikavi v letnih časih steklene

fasade NPK se ne bodo prav kmalu postarali (slika 5).

Za otroke, ki bodo oskrbovani v NPK, je pripravljeno v zavetju klinike že pravo igrišče z igrali (slika 6).

Tako veličasten je videz NPK, umeščene med kliničnim centrom, nekdanjim zavodom za varstvo pri delu in gastroenterološko kliniko.

Zainteresirani bomo nemočno pričakovali začetek delovanja NPK, medtem ko bo odbor za izgradnjo in opremo NPK bil še zadnje bitke z resničnimi in umetno ustvarjenimi ovirami za dokončanje sage o NPK v Ljubljani.

Pa SREČNO!



Slika 3



Slika 4



Slika 5



Slika 6

Projekt izdelave novih kompetenc zdravnika specialista družinske medicine

Vojislav Ivetić

V začetku marca 2008 je delovna skupina, ki jo sestavljajo prof. dr. Igor Švab, prim. prof. dr. Marko Kolšek, asist. dr. Danica Rotar Pavlič, prim. asist. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter in asist. Vojislav Ivetić, določila cilje in naloge glede izdelave kompetenc zdravnika specialista družinske medicine v okviru projekta prenove specializacije iz družinske medicine. Osnovo vsake stroke predstavlja izobraževanje v okviru specializacije, jedro vsakega dobrega programa specializacije pa so kompetence. Slednje definirajo obseg znanja in veščin, ki jih mora pridobiti vsak specialist družinske medicine. Usmerjene so v izid oz. v to, kaj naj bi bil končni rezultat izobraževanja. Predstavljajo izhodišče za definicijo stroke in izdelavo konkretnega programa izvedbe specializacije.

Zadnji seznam kompetenc zdravnika družinske medicine je nastal ob izdelavi specializacije iz družinske medicine, ki je bila sprejeta in uveljavljena leta 2000. Od tedaj se je stroka spremenila, spremenile so se razmere, v katerih delamo, in s tem tudi zahteve do našega poklica. Leta 2002 je bila sprejeta Evropska definicija družinske medicine, ki pravi, da je »Družinska medicina akademska in znanstvena veda, s svojo lastno izobraževalno vsebino, raziskavami, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in klinično specialnostjo, ki je usmerjena v primarno zdravstveno varstvo«. Omenjena definicija družinske medicine neposredno določa ključne pristojnosti/kompetence, temeljna znanja in veščine zdravnika družinske medicine. Evropsko združenje učiteljev v družinski medicine, EURACT (ang. »European Academy of Teachers in General Practice«), je leta 2005 objavilo t.i. »izobraževalni seznam« (ang. »teaching agenda«), po katerem naj bi izgrajevali učne programe družinske medicine v Evropi. Osnovna vprašanja, ki jih »izobraževalni seznam« zastavlja, so:

- Kako se najbolje uči družinsko medicino?
- Kje naj se uči družinsko medicino?
- Kdaj naj se uči družinsko medicino?
- Kaj naj se uči v družinski medicini?

- Kaj so specifična znanja v družinski medicini?

Osnovo vsake stroke predstavlja izobraževanje v okviru specializacije, jedro vsakega dobrega programa specializacije pa so kompetence. Kompetence definirajo obseg znanja in veščin, ki jih mora pridobiti vsak specialist družinske medicine. Usmerjene so v izid oz. v to, kaj naj bi bil končni produkt izobraževanja. Predstavljajo izhodišče za definicijo stroke in izdelavo konkretnega programa izvedbe specializacije.

V začetku marca 2008 je delovna skupina, ki jo sestavljajo prof. dr. Igor Švab, prim. prof. dr. Marko Kolšek, asist. dr. Danica Rotar Pavlič, prim. asist. Darinka Klančar, doc. dr. Marija Petek Šter in asist. Vojislav Ivetić, določila cilje in naloge glede izdelave kompetenc zdravnika specialista družinske medicine v okviru projekta prenove specializacije iz družinske medicine.

Na tem prvem skupnem sestanku so bile razdeljene naloge, določeni koordinirani in postavljeni roki za izdelavo. Nadaljnja komunikacija in izmenjava mnenj se je nadaljevala po elektronski poti. Na drugem sestanku konec aprila 2008 je bila delno že narejena prva, neuradna različica kompetenc, usklajene so bile konkretne naloge in strategije, predlagane spremembe v do takrat narejenem gradivu. Večina se nas je šele takrat začela zavedati velikosti in pomembnosti projekta, v katerega smo se pogumno spustili. Skoraj dokončna oblika kompetenc je ugledala luč sveta ob koncu junija 2008, v jesenskih mesecih pa je šla skozi recenzijo in drobnogled kolegov z obeh katedr za družinsko medicino.

Združenje zdravnikov družinske medicine (ZZDM) in razširjeni strokovni kolegij (RSK) za družinsko medicino Zdravniške zbornice Slovenije (ZZS) sta v procesu uradnega sprejemanja novih kompetenc zdravnika specialista družinske medicine. Po dokončnem sprejetju kompetenc je načrtovano nadaljevanje projekta prenove specializacije družinske medicine v Republiki Sloveniji. Kompetence definirajo izhodišča za znanje in veščine, ki jih mora osvojiti zdravnik specialist družinske medicine. Na podlagi le-teh bo treba izdelati:

- kriterije za izbor kandidatov za specializacijo (ki ne bodo odvisni od dnevne politike, vodstev zdravstvenih domov itd.);
- definicijo učnih baz, kjer se bo izvajal program specializacije (družinsko medicino se najbolje uči v okviru ambulant družinske medicine!);
- kriterije za izbiro učiteljev in mentorjev (glavnih in neposrednih);
- kriterije, ki jih bodo morale izpolnjevati ambulante in bolnišnice, da bi lahko bile učna baza za specializacijo iz družinske medicine;
- urnik specializacije (ki bo vseboval obvezni in spremenljivi del, prilagojen potrebam posameznega specializanta);
- načine preverjanja znanja specializantov (sprotno in končno preverjanje znanj);
- nadzor nad izvajanjem programa specializacije (določanje regijskih koordinatorjev specializacije ali pa »varuhov specializantov«, vsaj enkrat tedensko stik z ambulanto in mentorjem s področja družinske medicine v času kliničnega kroženja, možnost pritožbe specializanta regijskemu koordinatorju v primeru neupoštevanja programa specializacije s strani mentorjev v bolnišnici, npr. razpis v operacijsko za drugega asistenta, opravljanje dolžnosti »sobnega« zdravnika, številno pisanje odpustnic itd...).

Zavedamo se, da je pred nami še veliko dela, toda novi program specializacije bo predstavljal sodobno, evropsko usklajeno gradivo, ki se bo spreminjalo in razvijalo, tako kot se spreminja in razvija sodobna medicinska stroka.

Delovna skupina bi se rada zahvalila prim. prof. dr. Janku Kersniku in prim. asist. dr. Mateji Bulc, ki sta našla čas za dobronamerne pripombe in mnenja, ter kolegici Evi Gorup, ki je lektoriala besedilo. Vse dodatne informacije v zvezi s projektom prenove specializacije družinske medicine lahko dobite pri prof. dr. Igorju Švabu (igor.svab@mf.uni-lj.si) ali pa pri asist. Vojislavu Ivetiću (iveticv@siol.net).

V nadaljevanju objavljamo **kompetence zdravnika specialista družinske medicine 2008 v celoti!**

(Op. ur.: Kompetence bodo zaradi obsežnosti besedila objavljene v tej in naslednji številki Izide.)

Kompetence zdravnika specialista družinske medicine

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

1. del

»Družinska medicina je najlažje delo na svetu, če se dela slabo, najtežje pa, če se dela dobro in pravilno.«
Prof. Denis Pereira Gray

UVOD

Kompetence specialista družinske medicine se spreminjajo tako, kot se spreminja stroka zaradi novih znanstvenih spoznanj in zdravstveni sistem, v katerem zdravnik dela. Zaradi tega je naloga strokovnih organizacij, da občasno posodobijo obstoječe dokumente in seznam kompetenc. Zadnji seznam kompetenc zdravnika družinske medicine je nastal ob izdelavi specializacije iz družinske medicine, ki je bila sprejeta in uveljavljena leta 2000. Od tedaj se je stroka spremenila, spremenile so se razmere, v katerih delamo, in s tem tudi zahteve do našega poklica. Poleg tega je bila leta 2002 sprejeta tudi Evropska definicija družinske medicine. Ta pravi, da je družinska medicina akademska in znanstvena veda s svojo lastno izobraževalno vsebino in raziskovalnimi področji, z dokazi podprto klinično dejavnostjo in s klinično specialnostjo, ki je usmerjena v osnovno zdravstveno varstvo.

Evropski definiciji je sledil drug pomemben dokument za področje izobraževanja, tj. Izobraževalni seznam - »Education Agenda«. Agenda opisuje osnovne kompetence evropskih zdravnikov družinske medicine in predstavlja osnovni dokument, na katerem naj bi izgrajevali učne programe družinske medicine v Evropi.

Zaradi vsega tega je tudi v Sloveniji potrebno posodobiti seznam kompetenc družinskega zdravnika.

Osnovne kompetence smo iz didaktičnih razlogov razdelili na devet osnovnih poglavij:

- I. ZSDM KOT MEDICINSKI STROKOVNJAK
- II. ZSDM USMERJEN V RAZLIČNE SKUPINE PREBIVALSTVA
- III. ORGANIZACIJA DELA ZSDM
- IV. KOMUNIKACIJA - SPORAZUMEVANJE ZSDM
- V. SPECIFIČNI PRISTOPI ZSDM
- VI. USMERJENOST V SKUPNOST ZSDM
- VII. VEŠČINE ZSDM
- VIII. PROFESIONALNOST IN ETIKA ZSDM
- IX. ZNANOST IN IZOBRAŽEVANJE ZSDM

Kompetence se med seboj prepletajo, saj so ravno medsebojni odnosi oz. medsebojno vplivanje kompetenc, veščin, področja izvajanja in osnovnih lastnosti stroke značilni za družinsko medicino in poudarjajo kompleksnost specializacije.

Namen kompetenc je določiti ključne pristojnosti zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM) in določiti okvire znanja in veščin, ki jih mora specializant pridobiti v procesu specializacije.

Literatura:

- WONCA Europe (The European Society of General Practice / Family Medicine) *The European Definition of General Practice/Family Medicine Barcelona*: WONCA, 2002.
- 2. EURACT Educational Agenda of GP/FM. WONCA Europe, Kos, Greece 2005.

I. Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) kot medicinski strokovnjak ♦

Bolnik lahko toži za številnimi simptomi z različnih področij klinične medicine. Večina naštetih simptomov se lahko pojavlja kot akutni ali kot kronični problem.

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora v obravnavi simptomov s področja klinične medicine vedno obravnavati bolnika kot celoto. To pomeni, da mora upoštevati številne dejavnike, ki vplivajo na diagnostiko, načrtovane preiskave ter samo zdravljenje, tj. dejavnike tveganja, genetske dejavnike, dejavnike okolja, kulturne dejavnike in bolnikovo osebno življenjsko zgodbo.

SPLOŠNI SIMPTOMI IN ZNAKI

- Ob koncu specializacije naj bi specializant
- poznal epidemiologijo najbolj pogostih splošnih simptomov in znakov
 - bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko pri najbolj pogostih splošnih simptomih in znakih
 - poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih splošnih simptomov in znakov
 - bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih splošnih simptomih in znakih

BOLEZNI KRVNI IN KRVOTVORNIH ORGANOV

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni krvi in krvotvornih organov
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih krvi in krvotvornih organov
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni krvi in krvotvornih organov
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih krvi in krvotvornih organov

BOLEZNI PREBAVIL

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni prebavil
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih prebavil
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni prebavil
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih prebavil

BOLEZNI OČI

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni in poškodb oči
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih oči
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni oči
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih oči

BOLEZNI UŠES

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni ušes
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih ušes
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni ušes
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih ušes

BOLEZNI SRČNO-ŽILNEGA SISTEMA

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni srčno-žilnega sistema
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih srčno-žilnega sistema
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih srčno-žilnih bolezni
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih srčno-žilnih boleznih

BOLEZNI MIŠIČNO-SKELETNEGA SISTEMA

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni mišično-skeletnega sistema
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih mišično-skeletnega sistema

- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni mišično-skeletnega sistema
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih mišično-skeletnega sistema

NEVROLOŠKE BOLEZNI

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih nevroloških bolezni
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih nevroloških boleznih
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih nevroloških bolezni
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih nevroloških boleznih

DUŠEVNO ZDRAVJE

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni s področja duševnega zdravja
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih s področja duševnega zdravja
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni s področja duševnega zdravja
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih s področja duševnega zdravja

BOLEZNI DIHAL

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni dihal
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih dihal
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni dihal
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih dihal

BOLEZNI KOŽE

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih bolezni kože
- moral znati opisati kožne spremembe in poznati razliko med njimi
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih kože
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih bolezni kože
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih kože

ENDOKRINE, PREHRANSKE IN PRESNOVNE MOTNJE

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih endokrinih bolezni ter prehranskih in presnovnih motenj
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih endokrinih boleznih ter prehranskih in presnovnih motnjah
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih endokrinih bolezni ter prehranskih in presnovnih motenj
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih endokrinih boleznih ter prehranskih in presnovnih motnjah

BOLEZNI SEČIL

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih boleznih sečil
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih sečil
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih boleznih sečil
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih sečil

BOLEZNI ŽENSKIH SPOLOVIL IN DOJK

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih boleznih ženskih spolovil in dojk
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih ženskih spolovil in dojk
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih boleznih ženskih spolovil in dojk
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih ženskih spolovil in dojk

BOLEZNI MOŠKIH SPOLOVIL

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih boleznih moških spolovil
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih moških spolovil
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih boleznih moških spolovil
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih moških spolovil

Literatura:

- *ICPC-2 International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.*
- *Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. Fam Pract 2000; 17: 101-6.*
- *EURACT Educational Agenda of GP/FM. WONCA Europe, Kos, Greece 2005.*
- *Curriculum for Specialty Training for General Practice. Royal College of General Practitioners London, Great Britain 2007.*
- *Specialist training in general practice: statement of aims. The Danish College of General Practitioner, Denmark 2006.*

II. Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) usmerjen v različne skupine prebivalstva ◆

Pristop zdravnika specialista družinske medicine je odvisen tudi od bolnikove starosti, življenjskega obdobja, trenutnega ali prejšnjega poklicnega dela, dejavnikov tveganja, etničnega ozadja, dednosti in seveda velikih življenjskih dogodkov, ki pomembno vplivajo na zdravje.

Pri varstvu različnih skupin prebivalstva, kot so npr. otroci in mladostniki ali starostniki, mora ZSDM aktivno sodelovati v timu in organizirati skupno delo vseh udeležencev tega tima (kliničnih specialistov, psihologov, pedagogov, socialnih delavcev, medicinskih in patronažnih sester, fizioterapevtov itd.).

Pri obravnavi ginekoloških težav ZSDM pogosto ne obravnava le posamezne ženske, ampak tudi oba partnerja oziroma vso družino kot bolnika.

VARSTVO OTROK IN MLADOSTNIKOV

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih boleznih otrok in mladostnikov
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih boleznih otrok in mladostnikov
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih boleznih otrok in mladostnikov
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih boleznih otrok in mladostnikov
- moral poznati zdravljenje življenjsko ogrožajočih stanj pri otroku
- znal pregledati novorojenčka
- znal opraviti preventivni pregled zdravega otroka in mladostnika
- znal spremljati razvoj zdravega otroka in mladostnika
- znal spremljati in voditi zdravljenje otroka s kronično boleznijo
- znal svetovati o pogostejših genetskih in kromosomskih napakah
- znal svetovati in ustrezno napotiti socialno neprilagojenega otroka
- znal prepoznati čustveno, socialno ali psihično zlorabljene otroke ter znal sodelovati v timski obravnavi takšnega otroka

NOSEČNOST, POROD, POPORODNO OBDOBJE, NAČRTOVANJE DRUŽINE

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal potek normalne nosečnosti, poroda in poporodnega obdobja
- bil sposoben izpeljati ustrezno diagnostiko ob najbolj pogostih težavah v nosečnosti in poporodnem obdobju
- poznal ustrezno zdravljenje najbolj pogostih težav v nosečnosti ter poporodnem obdobju
- bil sposoben opredeliti resnost in ustrezno ukrepati ob najbolj pogostih težavah v nosečnosti, v teku poroda ter v poporodnem obdobju
- znal svetovati glede dojenja
- znal svetovati in voditi žensko/paru, ki zahteva prekinitev nosečnosti ali sterilizacijo
- znal svetovati glede ustrezne metode kontracepcije in glede zaščite pred spolno nalezljivimi boleznimi
- znal svetovati ženski/paru glede zdravljenja neplodnosti

STAROSTNIKI

Ob koncu specializacije naj bi specializant

- poznal epidemiologijo najbolj pogostih težav starostnikov
- znal obravnavati najpogostejše zdravstvene težave starostnikov
- razumel telesne, psihološke in socialne spremembe v procesu staranja
- poznal specifične dejavnike tveganja pri zdravljenju starostnikov
- bil usposobljen za dolgotrajno in kontinuirano zdravstveno oskrbo starostnikov

- bil usposobljen za koordinatorja sodelovanja med kliničnimi specialisti, zdravstvenim in socialnim sistemom
- znal obravnavati sočasne bolezni in stanja pri starostnikih
- znal spodbujati zdrav življenjski slog in preventivne ukrepe pri starostnikih
- znal ustrezno sodelovati z lokalno skupnostjo

Literatura:

- ICPC-2 *International Classification of Primary care, second edition. Prepared by the International Classification Committee of WONCA. Oxford: Oxford University Press, 1998.*
- Okkes IM, Jamouille M, Lamberts H, Bentzen N. ICPC-2-E. *The electronic version of ICPC-2. Differences with the printed version and the consequences. Fam Pract 2000; 17: 101-6.*
- EURACT *Educational Agenda of GP/FM. WONCA Europe, Kos, Greece 2005.*
- *Curriculum for Specialty Training for General Practice. Royal College of General Practitioners London, Great Britain 2007.*
- *Specialist training in general practice: statement of aims. The Danish College of General Practitioner, Denmark 2006.*

III. Organizacija dela zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM) ♦

Dobra organizacija dela zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM) predstavlja poznavanje več različnih veščin, na primer: strokovna organizacija dela, ekonomski vidiki poslovanja ambulante (ne glede na to, ali gre za zasebno ambulanto ali ambulanto, ki je del javnega zavoda), način financiranja in poslovanja ambulante, poznavanje sistema zdravstvenega varstva na ravni države, načela timskega dela, kriterije kakovosti itd.

Le s poznavanjem vseh podatkov in načel uspešnosti in kakovosti organizacije dela ambulante družinske medicine bo ZSDM uspešno vodil svojo ambulanto, organiziral timsko delo in strokovno kakovostno opravljal svoje delo.

Ob koncu specializacije naj bi specializant poznal

- demografske podatke o populaciji, iz katere izhajajo opredeljeni bolniki
- epidemiološke podatke o populaciji, iz katere izhajajo opredeljeni bolniki
- kazalce zdravstvenega stanja populacije, iz katere izhajajo opredeljeni bolniki
- postopke registracije ambulante
- postopke ureditve odnosov z lokalno skupnostjo
- način organizacije dejavnosti varovanja zdravja pri delu
- zakonska določila glede obvladovanja/preprečevanja okužb
- postopke vpisa v bazo izvajalcev zdravstvenih storitev pri IVZ
- postopek vpisa na seznam cepilcev
- postopek vzpostavitve kontakta s statistično službo
- postopek poročanja o izvajanju preventivnih pregledov za odkrivanje dejavnikov tveganja za nastanek BSO
- standarde iz Splošnega dogovora, ki ga vsako leto sprejmejo partnerji pred podpisovanjem Pogodb o opravljanju zdravstvenih storitev z ZZZS
- kadrovske standarde na področju družinske medicine

- kriterije kakovosti in sistem akreditacije ambulant (EPA)
- načela sistema naročanja bolnikov
- druge strokovnjake in službe na ravni primarnega zdravstvenega varstva, ki se vključujejo v skrb za bolnika, in njihove odgovornosti
- terapevtske skupine in skupine za samopomoč na primarni ravni
- načela timskega dela ter pomena profesionalnosti in etike odnosov v timu
- naslove inštitucij, ki bodo servisirale dejavnost ambulante.

Ob koncu specializacije naj bi bil specializant sposoben

- na osnovi demografskih in epidemioloških podatkov o populaciji načrtovati ustanovitev in organizacijo ambulante
- zaposliti primeren kader
- opraviti vse postopke v zvezi z registracijo ambulante
- opraviti vse postopke v zvezi s sklepanjem pogodbe z ZZZS, dobavitelji, nosilci servisnih dejavnosti
- znati vzpostaviti stik z inštitucijami za posredovanje poročil in podatkov o delu
- zagotoviti pogoje kakovosti in akreditacije ambulant (EPA)
- preverjati zadovoljstvo zaposlenih in bolnikov
- organizirati in vzdrževati sistem naročanja bolnikov
- sodelovati z drugimi strokovnjaki in službami na ravni primarnega zdravstvenega varstva, ki se vključujejo v skrb za bolnika
- sodelovati s terapevtskimi skupinami in skupinami za samopomoč na primarni ravni
- znati voditi tim in ohranjati profesionalnost in etiko v timu

Ob koncu specializacije naj bi se specializant zavedal

- pomena poročanja o svojem delu različnim institucijam
- potrebe po upoštevanju ekonomskega vidika pri svojem delu
- pomena stalnega izboljševanja kakovosti na osnovi spremljanja kazalcev kakovosti
- vključevanja mnenj bolnikov v sistem izboljševanja kakovosti dela
- naj bi cenil strokovnjake in službe na ravni primarnega zdravstvenega varstva, ki se vključujejo v skrb za bolnika
- pomembnosti sodelovanja s terapevtskimi skupinami in skupinami za samopomoč na primarni ravni
- pomembnosti etike in profesionalnosti timskega dela

Literatura:

- *Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS 72/06 – uradno prečiščeno besedilo – ZZVZZ-UPB3, 114/06, 91/07).*
- *Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04, 23/05).*
- *Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD. 1998.*
- *Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Ur. l. RS št. 72/06 - UPB3, 114/06-ZUTPG, 91/07 - Ur. l. RS št. 30/03 - prečiščeno besedilo, 35/03 - popravek, 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 - popravek, 64/07.*
- *Splošni dogovor za pogodbeno leto 2008 (Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilšč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije).*

Se nadaljuje

Letna skupščina Sveta zobozdravnikov EU (CED)

Matjaž Rode, Gordan Čok

Bruselj, 28. november 2008 - Svet evropskih zobozdravnikov – CED, je telo, ki v Evropski uniji predstavlja zobozdravstvo iz držav EU. Glavno telo odločanja je Skupščina, na kateri imajo glasovalno pravico delegati iz vseh 27 držav članic EU. Vsaka država ima dva delegata. Pomembnost CED je vse večja, saj dobi v presojo in oceno vse dokumente, ki se nanašajo na EU-zobozdravstvo, ki jih pripravlja Komisija in o njih razpravljajo v Evropskem parlamentu in Svetu EU.

Svet evropskih zobozdravnikov - CED - sedaj vodi dr. Orlando Monteiro da Silva iz Portugalske. Jesenski sestanki Skupščine potekajo vedno v Bruslju. Tako je bilo tudi letos.

Natran celodnevni program je imel na seznamu veliko točk. Naj opiševa nekaj najbolj zanimivih.

Resolucija o varnosti pacientov

Varnost pacientov je pomemben politični projekt EU, Komisija pripravlja in še dopolnjuje osnutek direktive. CED je bil zaprosen za pripravo svojih predlogov resolucije o varnosti pacientov, ki bo Komisiji služila pri pripravi direktive.

Glavne misli pripravljene direktive:

Zobozdravniki morajo pri svojem poklicnem delu narediti vse, da zagotovijo varno delo, pa čeprav je povsem jasno, da je mnogo posegov lahko tveganih! Nevarnosti nezaželenih zapletov je veliko in lahko nastopijo zaradi:

- napačne diagnoze,
- napačnega zdravljenja,
- neupoštevanja načel preprečevanja infekcije v zobozdravniški ordinaciji,
- slabe komunikacije med pacientom in zobozdravnikom,
- neustrezne opreme,
- neustreznega znanja in izobrazbe članov tima,
- drugih vzrokov.

Osnovno pravilo, kako doseči varnost zobozdravnikovega dela, je visoka kakovost in poznavanje načel dobre klinične prakse in seveda upoštevanje strokovnih izhodišč.

CED zato predlaga resornim politikom v posameznih državah EU, da naredijo vse, kar je v njihovi pristojnosti, da omogočijo zobozdravnikom delati po teh načelih, saj samo tako lahko učinkovito zagotovijo varnost pacientov. Zobozdravnik namreč sploh ne bi smel delati v okoliščinah, ki onemogočajo kakovostno delo!!

Zobozdravniki so se dolžni neprestano izobraževati in delati v skladu z načeli dobre klinične prakse ter tudi v skladu z Etičnim kodeksom EU-zobozdravnikov.

Resolucija o oskrbi pacientov

Ena od pomembnih komponent direktive bo zahteva po harmonizaciji standardov kakovosti zobozdravnikovega dela, kar pomeni delati po načelih dobre klinične prakse. Treba bo izdelati evropske strokovne norme in jih uskladiti s sedaj obstoječimi po posameznih državah.

Pogovor z dr. Andrejem Rysom, Evropska komisija

Pogovor z enim od pomembnih funkcionarjev, ki se v Komisiji ukvarjajo z zdravstveno politiko, je bil izredno zanimiv. V uvodu je dr. Rys omenil, da je Poljak in da je začel študirati stomatologijo, potem pa je prešel na medicino; po izobrazbi je radiolog, ki pa se že dlje časa ukvarja le s politiko. Njegova glavna skrb je posvečena ukrepom za zagotavljanje varnosti pacientov v EU, sodelovanju z znanstvenimi komisijami EU in podpori razvoja novih tehnologij v evropskem zdravstvu in zobozdravstvu. Poudaril je tudi svoje prizadevanje, da bodo nekateri indikatorji ustnega zdravja del strateških indikatorjev zdravja v EU.

Predsednik CED je med drugim poročal o prizadevanjih za harmonizacijo vsebin dodiplomskih študijskih programov stomatoloških fakultet in o povezavi CED z drugimi institucijami, ki to urejajo.

Seznanil nas je tudi, da se pripravlja resolucija o vlogi in pristojnostih ustnih higienikov, ki jo bodo delegati sprejemali na naslednjem sestanku v letu 2009.

V razpravi, v kateri so sodelovali številni delegati, je bil poudarjen pomen skrbi za stalno strokovno izpopolnjevanje, ki naj bo obvezno, ter kdo naj to pripravlja in nadzira. Enotno mnenje je bilo, da morajo za dodiplomski študij skrbeti fakultete, za skoraj vse podiplomske aktivnosti pa profesionalna združenja.

Vedno zanimivi so pogovori in poročila o stanju zobozdravstva v posameznih EU-državah. Iz vseh poročil in iz razprave je bilo slišati, da mora stroka neprestano in trmasto opozarjati politiko na pomen dela v skladu z načeli dobre klinične prakse.

V slovenski delegaciji je bil poleg obeh stalnih delegatov, ki sta pripravila to poročilo, tudi generalni sekretar ZZS Brane Dobnikar, saj je »zbornična ekipa« tako okrepljena tudi s pravnim strokovnjakom, ki je ob pripravi dokumentov izredno dragocen. Kot zanimivost pa še to: v pisarni CED v Bruslju je eno ključnih mest zasedla mlada Slovenka, gospa Nina Bernot, ki je bila med več kot 50 kandidatkami izbrana za to zelo odgovorno in pomembno mesto. ■



10. evropski dan darovanja in zdravljenja s presaditvijo

Danica Avsec Letonja

V imenu vseh evropskih držav smo 18. oktobra v Ljubljani praznovali evropski dan darovanja in zdravljenja s presaditvijo. Pobudnik praznovanja je bil Odbor za transplantacije v okviru Sveta Evrope. Organizacijo praznovanja je prevzel Zavod Republike Slovenije za transplantacijo organov in tkiv, Slovenija-transplant, ki je tudi pripravil okvirni program za praznovanje. Predlagani program je Odbor na sestanku v Dublinu leta 2007 potrdil in za praznovanje za leto 2008 med štirimi kandidatkami izbral Slovenijo. Glavno sporočilo praznovanja je bila zahvala vsem darovalcem in predstavitev zdravljenja s presaditvijo širši in različnim strokovnim javnostim, zato smo povabili k sodelovanju še Slovensko društvo Transplant in Zvezo ledvičnih bolnikov Slovenije. Glavni pokrovitelj dogodka je bil predsednik Republike Slovenije dr. Danilo Türk.

V okviru praznovanja smo organizirali naslednje dogodke:

- sestanek Odbora za transplantacije (CD-P-TO) pri Svetu Evrope,
- tiskovna konferenca s predstavniki Odbora za transplantacije pri Svetu Evrope,
- slavnostna akademija,
- tek za življenje in radost,
- strokovni seminar s področja darovanja in presaditve organov,
- okrogla miza o izboljšanju postopkov za darovanje.

Osnovni namen vseh prireditev je bil predstaviti strokovni javnosti celotno dejavnost darovanja in presajanja organov in tkiv, trenutne potrebe ter razvojne dosežke. Prav tako smo želeli seznaniti splošno javnost, nosilce javnih funkcij in medije o potrebah in postopkih na tem področju. Še posebej smo želeli izraziti zahvalo vsem živim darovalcem, sorodnikom mrtvih darovalcev, ki niso nasprotovali darovanju organov v trenutku izgube svojih najdražjih.

Na ta dan smo hoteli vlti poguma tudi vsem bolnikom, ki še čakajo na presaditev.

Vsi dogodki, razen srečanja Evropskega odbora za presaditve organov, so bili odprti za javnost.

Sestanek Odbora za transplantacije (CD-P-TO) pri Svetu Evrope

Uvod v slovesnost je bilo dvodnevno srečanje Evropskega odbora za presaditve organov (CD-P-TO), ki je potekalo v hotelu Lev v Ljubljani in so se ga udeležili predstavniki večine evropskih držav, posamezna predstavnica iz ZDA in Kanade ter predstavnica upravljalnega odbora za bioetiko pri Svetu Evrope. Predstavniki SZO se je zaradi preobremenjenosti opravičil. Republiko Slovenijo v tem Odboru predstavlja prim. Danica Avsec Letonja, dr. med.

Evropski odbor za presaditve organov je posvetovalno telo Sveta ministrov EU. Usklajuje navodila za presaditve organov, tkiv in celic, predlaga kvalitativne in varnostne standarde in prispeva k ozaveščanju vsega prebivalstva v zvezi z darovanjem organov za presaditev.

Odbor za presaditve organov pri Svetu

Evrope med drugim usklajuje spodaj našteteta vprašanja v celotni Evropi:

- preučuje vprašanja, povezana s presajanjem organov, tkiv in celic, kjer upoštevajo predvsem kvalitativne in varnostne standarde in njihovo izvajanje,
- preučuje organizacijske strukture, ki skrbijo za presaditve organov z vidika izboljšanja le-teh in vzroke za pomanjkanje organov,
- razvija povezave med transplantacijskimi organizacijami po vsej Evropi,
- predlaga etične in varnostne standarde na osnovi strokovne prakse,
- zagotavlja prenos strokovnega znanja in izkušenj ter razvija usposobljenosti strokovnjakov preko urjenja in povezovanja v mrežo,
- prispeva k dvigu osveščenosti prebivalstva na področju darovanja organov za presaditev.

Novinarska konferenca

S tiskovno konferenco smo želeli razviti mednarodno razpravo o zadevah, povezanih z darovanjem organov in njihovimi presaditvami z vidika analiziranja razlik med evropskimi državami. Pripravili smo jo 17. oktobra 2008 v hotelu Lev v Ljubljani.



Člani evropskega Odbora za transplantacije organov pri Svetu Evrope (foto: Žare Modic)

Prim. Danica Avsec Letonja je predstavila cilje in probleme na področju transplantacijske dejavnosti v Sloveniji, ostali sogovorniki so predstavili namen praznovanja evropskega dneva darovanja in presajanja organov in tkiv, vlogo evropskega Odbora za presaditve organov, španski nacionalni model darovanja in presaditve organov, vlogo zdravnikov in drugih sodelavcev v enotah intenzivne terapije pri zaznavanju mrtvih darovalcev ter vlogo zdravnikov pri odvzemu organov po možganski smrti.

Nastopili so naslednji govorniki:

- Per Pfeffer, Norveška, podpredsednik evropskega Odbora za presaditev organov (CD-P-TO),
- Ferdinand Muehlbacher, Avstrija, transplantacijski kirurg, član CD-P-TO,
- Beatriz Dominguez Gil, Španija, članica CD-P-TO, strokovna sodelavka španske nacionalne organizacije za presaditve,
- Eduardo Fernandez Zincke, predstavnik Evropske komisije,
- Phillip Morel, pobudnik praznovanja evropskega in svetovnega dneva darovanja, transplantacijski kirurg, Švica, član CD-P-TO,
- Danica Avsec Letonja, direktorica Zavoda Republike Slovenije za transplantacijo organov in tkiv, Slovenija-transplant, članica CD-P-TO.

Slavnostna akademija

Slavnostne akademije, ki je potekala v hotelu Lev, se je udeležilo več kot 500 ljudi, med katerimi so bile pomembne javne osebe, medicinski strokovnjaki in drugi sodelavci, bolniki ter široka javnost.

Na začetku slovesnosti je imel pozdravni govor dr. Danilo Türk, predsednik Republike Slovenije in častni pokrovitelj slavnostne akademije.

V imenu organizatorjev 10. evropskega dneva darovanja in zdravljenja s presaditvijo sta predsednika in cenjeno publiko pozdravili prim. Danica Avsec Letonja, direktorica Slovenija-transplanta in dr. Susanne Keitel, direktorica Direktorata za kakovost in varnost v medicini pri Svetu Evrope.

Vsebina proslave je bila oblikovana tako, da smo javnosti prikazali potrebo po transplantacijah, namen darovanja in življenje po presaditvi.

V uvodu omenjeno sporočilo je bilo podano v program, v katerem smo slišali slovensko himno, komorni koncert in prisluhnili kratkim predstavitvam bolnikov po transplantaciji jeter, srca in ledvic. Njihove življenjske zgodbe so bile prikazane v krajšem filmu, ki je bil prav tako predvajan na slavnostni akademiji.

Proslavo je povežala igralka Alida Bevk, ki je bila transplantirana, režiser slavnostne akademije in filma je bil njen oče.

Tek za življenje in radost

Tek je potekal v parku Tivoli po slavnostni akademiji. Vsi prebivalci Slovenije so bili povabljeni, da se udeležijo tega dogodka.

Atletični, rekreativni športniki, bolniki s presajenimi organi ali tkivi in njihovi sorodniki so tekli skupaj v podporo darovanju ter v podporo ideji zdravljenja s presaditvijo organov in tkiv.

Pot, po kateri so tekli, je na simbolni ravni izražala njihovo solidarnost in podporo bolnikom, ki še čakajo na transplantacijo. Udeleženci so lahko izbirali med dvema dolžinama prog: 2 in 8 km.

Tek je odprl župan mesta Ljubljana gospod Zoran Jankovič. Ob zaključku teka je direktorica Slovenija-transplanta podelila certifikate večkratnim zmagovalcem na svetovnih športnih igrah, namenjenih prejemnikom organov v zadnjih letih. Zmagovalci na teku so dobili pokale v kategorijah moški in ženske.

Strokovni seminar o darovanju in zdravljenju s presaditvijo

Strokovni program je bil na sporedu po teku v hotelu Lev med 13.30 in 17. uro. Program je bil oblikovan tako, da so povabljeni predavatelji predstavili najnovejše trende na področju darovanja organov in transplantacijske medicine slovenskim strokovnjakom, vključno s slovenskimi rešitvami in rezultati.

Predstavljeni so bili tudi rezultati nekaterih najnovejših evropskih projektov na tem področju. Slovenska strokovna javnost je še vedno zaskrbljena zaradi etičnih problemov in dilem, ki nastajajo pri tovrstni dejavnosti. Zato sta bili tovrstni tematiki namenjeni dve predavanji. Predavanja sta moderirala prof. dr. Bojana Beovič, dr. med., in asist. Valentin Sojar, dr. med., MBA.



Direktorica Slovenija-transplanta pozdravlja asist. Deana Klančiča, uradnega predstavnika Zdravniške zbornice (foto: Žare Modic).



Pozdravni govor predsednika države dr. Danila Türka (foto: Žare Modic).

Spored

13.30

- Pozdravni govor komisarke EU za zdravje Andrroulle Vassiliou na video posnetku
- Globalen pogled na darovanje organov (B. Domínguez Gil, Španija)
- Izobraževanje javnosti o darovanju organov, prispevek Sveta Evrope (T. Garani Papadatos, Svet Evrope)
- Etična vprašanja v zvezi z darovanjem (G. Kirste, Nemčija)

14.30

- Pozdravni govor (B. Meiser, Eurotransplant)
- Delovanje Sveta Evrope na področju darovanja organov (P. Pfeffer, Svet Evrope, CD-P-TO)
- Presajanje organov v Sloveniji (A. Markovič, Slovenija)
- Slovenski model organizacije transplantacijske medicine (D. Avsec, Slovenija)
- Rezultati in možnosti modernega zdravljenja s presaditvijo (F. Mühlbacher, Avstrija)
- Pravičen dostop do zdravljenja s presaditvijo (A. Rahmel, Eurotransplant)
- Presaditev srca, zdravljenje z izvornimi celicami in mehanična podpora srca – perspektive (B. Vrtovec, Slovenija)
- EU-projekt EURO CET (A. Nanni Costa, Italija)
- Zaključna beseda (dr. Susanne Keitel, EDQM)

Okrogla miza

Okrogla miza je sledila predavanjem ob 17. uri v hotelu Lev. Okroglo mizo je pripravila in vodila v imenu organizacije bolnikov novinarica Mojca Lorenčič, tudi sama prejemnica organa.

Razpravljavci okrogle mize so predstavili različne ovire v Sloveniji in Evropi za razvoj in probleme na področju zdravljenja s presaditvijo. Razprava je tekla predvsem o tem, kako zmanjšati razlike v dostopnosti organov pri zdravljenju s presaditvijo med različnimi evropskimi državami.

Povabljeni razpravljavci:

- prof. dr. Aleksandra Markovič Predan, dr. med., višja svetnica, strokovna direktorica



Pozdrav predsednika Upravnega odbora Eurotransplanta prof. dr. Bruna Meiserja (foto: Žare Modic)

Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana,

- asist. Valentin Sojar, dr. med., vodja transplantacijske dejavnosti v Univerzitetnem kliničnem centru Ljubljana,
- Leen Coene, koordinator javnega zdravstvenega centra in član CDPTO Belgije,
- Marc Murphy, predsednik irske organizacije bolnikov po transplantaciji,
- Terry Mangan, Evropsko srčno in transplantijsko združenje,
- prof. dr. Ferdinand Mühlbacher, M.D., član CDPTO, transplantacijski kirurg, Avstrija, Univerzitetna medicinska klinika Dunaj,
- prim. Danica Avsec Letonja, dr. med., svetnica, direktorica Slovenija-transplanta.

Zaključki okrogle mize:

- Med evropskimi državami obstaja velika razlika na področju transplantacijske medicine in dostopnosti organov in tkiv.
- Da bi dosegli boljše rezultate, je treba nujno slediti primerom uspešnejših držav.
- Pobuda je zelo pomembna in bi lahko bila bolj prisotna s strani združenj prejemnikov organov.
- Medicinski strokovnjaki bomo morali razrešiti specifična strokovna vprašanja vsak v svoji državi. Videti je, da je pomanjkljivo pridobivanje darovalcev pereč problem v večini evropskih držav. To področje zahteva zelo skrbno obravnavo in načrtovanje novih pristopov. Pomembna je delitev nalog med odgovornimi. Jasno je, za kateri del je odgovorna stroka in da bolniki lahko opozorijo na težave ter dajejo pobude.



Lanski organizatorji evropskega dneva so predali kristalno štafeto Sloveniji (foto: Žare Modic).



Tek je aktivno odprl ljubljanski župan Zoran Jankovič, obkrožen s transplantacijskimi kirurgi in bolniki (foto: Žare Modic).



Podelitev priznanj večkratnim zmagovalcem na svetovnih športnih igrah bolnikov s presajenimi organi (foto: Žare Modic)

Presaditve organov in tkiv v Sloveniji ♦

V Republiki Sloveniji presajamo tkiva in organe

Organi

V Sloveniji presajamo ledvice (od leta 1970), srce (1990) in jetra (1995); v letu 1990 je bila presajena ena trebušna slinavka in v letu 2003 ena pljuča. Do septembra 2008 je bilo presajenih 751 ledvic, 73 src in 116 jeter. Bolniki, ki potrebujejo presaditev pljuč, so napoteni na Dunaj. Presaditve jeter pri otrocih izvajajo v Bergamu v Italiji.

V UKC Ljubljana se izvajajo presaditve za celotno Republiko Slovenijo, poleg tega pa poskušamo ponovno začeti izvajati program presaditve pljuč. Enako velja za presaditve jeter pri otrocih in nenazadnje želimo začeti program sočasne presaditve ledvic in trebušne slinavke.

Organi so lahko darovani po smrti, ledvice lahko darujejo tudi živi darovalci. Organe lahko pridobimo od umrlih darovalcev, ki so umrli v bolnišnici in so tudi po smrti priključeni na aparate, da vzdržujejo vitalne funkcije organov. To omogoča vitalnost organov po potrjeni možganski smrti bolnika do odvzema le-teh. Darovalce po smrti lahko ugotavljamo po vseh slovenskih bolnišnicah (t.i. donorske bolnišni-

ce). Organi so odvzeti po pogovoru s svojci, ko ti ne nasprotujejo odvzemu.

Trenutno je na čakalnem seznamu 131 bolnikov za presaditev ledvic, 30 bolnikov čaka za presaditev srca in 12 bolnikov čaka na presaditev jeter.

Transplantacijska dejavnost v Sloveniji poteka pod okriljem Zavoda Republike Slovenije za presaditve organov in tkiv, Slovenija-transplant. Slovenija je članica Eurotransplanta skupaj z Avstrijo, Belgijo, Hrvaško, Luksemburgom, Nemčijo in Nizozemsko.

Ko je v donorski bolnišnici ugotovljen mrtvi darovalec, so njegovi tkivni podatki posredovani v Eurotransplant, kjer poiščejo najustreznejšega bolnika na čakalnem seznamu. Organi so nato poslani v državo, kjer bo potekala presaditev. Organi so presajeni tistim bolnikom, ki najbolj ustrezajo za določen organ in so najdlje na čakalnem seznamu. Darovanje je anonimno in prejemniki organov ne izvedo imen darovalcev.

Tkiva

V Republiki Sloveniji presajamo krvotvorne matične celice, roženico, kosti in kožo.

V UKC Ljubljana je bilo do sedaj (vključno do 30. septembra 2008):

- 328 presaditev avtoloških krvotvornih matičnih celic,

- 69 presaditev krvotvornih matičnih celic od sorodnikov,
- 45 presaditev krvotvornih matičnih celic od nesorodnikov.

Register Slovenija-donor ima registriranih 11.043 članov (do 30. septembra 2008), od tega je včlanjenih v Svetovni register 7449.

V obdobju od 1. januarja 2005 do 23. septembra 2008 je bilo v UKC Ljubljana in UKC Maribor presajenih 229 roženic.

Ko bolniku presadimo srce, pljuča, jetra ali kostni mozeg, je njegovo življenje ohranjeno, sicer bi zaradi odpovedi organov lahko umrl. Po uspešni presaditvi ledvic je prejemnikovo življenje kakovostnejše, saj ne potrebuje več dolgotrajnih dializ. Prav tako se mu ni treba držati strogih diet.

Po presaditvi roženice se prejemniku izboljša vid. Diabetični bolnik s presajeno trebušno slinavko je sposoben veliko bolje nadzorovati svojo bolezen.

Organizacije bolnikov, ki vključujejo bolnike s presaditvijo v Sloveniji:

Društvo Transplant

Društvo ledvičnih bolnikov

Društvo bolnikov s krvnimi boleznimi

Slovensko združenje bolnikov z limfomom in levkemijo

Društvo mladih dializnih in transplantiranih bolnikov

Športna društva dializnih in transplantiranih bolnikov



»Kot kamen trdna« stroka

1958–2008 – Zlati jubilej Dermatovenerološkega oddelka Splošne bolnišnice Novo mesto

Valerija Balkovec

Tako zaradi različnih posegov kot tudi zaradi bolnikov v vseh starostnih obdobjih je naše delo zelo raznoliko in čas v ambulantni kar prehitro teče za nas, ki smo zaposleni na dermatologiji. Za bolnike mogoče včasih čas v čakalnici teče prepočasi, saj nam velikokrat urnik »porušijo« bolniki z napotnicami »nujno« in je potrebno veliko dobre volje na obeh straneh, da smo na koncu vsi zadovoljni.

Praznovanje smo začeli 28. novembra zvečer v sejni sobi na dermatovenerološkem oddelku bolnišnice. S svojo navzočnostjo sta naše praznovanje obogatila oba direktorja, upokojeno osebje, predstojniki oddelkov, vodje služb iz uprave, glavne in ostale medicinske sestre, vodje lekarn, dermatologi iz ostalih regij, prijatelji in prijateljice. Kolegom in kolegicam dermatologom iz Ljubljane, Celja, Rogaške Slatine in Maribora sem po predstavitvi zgodovine oddelka skozi slike in besede s ponosom razkazala še oddelčne prostore. V romantičnem snežnem večeru smo se odpeljali do gradu Otočec, kjer nas je pričakal čisto pravi graščak in nas po predstavitvi zgodovine gradu s kozarčkom penine povabil v grajsko restavracijo. Bil je prelep večer, ki mi bo še dolgo ostal v spominu. Vloženi trud je bil pozabljen ob zadovoljnem nasmehu vseh povablencev, ob zvokih mezosopranistke Irene Yebouah Tiran, ki je snežnemu zimskemu večeru na otočku v objemu Krke dodala čarobnost.

Dermatovenerološki oddelk kot samostojna enota Splošne bolnišnice Novo mesto je bil ustanovljen 1. junija 1958. Ustanovil in tudi 35 let vodil ga je prim. dr. Milan Adamčič.

Začetek dermatovenerološke dejavnosti sega v leto 1948, ko so bili ustanovljeni dispanzerji za spolno prenosljive bolezni v Novem mestu, Črnomlju in Brežicah. Leta 1956 pa je s prihodom dr. Adamčiča v Novo mesto pričela z delom dermatološka ambulanta v Zdravstvenem domu Novo mesto.

Oddelk je imel sprva svoje prostore v tretjem nadstropju v nekdanji »moški« bolnišnici, kjer so še danes interni oddelki naše bolnišnice. Ta stavba je bila v današnji podobi odprta z odlomkom cesarja Franca Jožefa I. leta 1898, na kar nas še danes spominja napis na portalu. Zvonček nad kapelo nas spominja, da so prvo bolnišnico v Novem mestu odprli usmiljeni bratje 1. junija 1894. Prvih 22 postelj novomeške bolnišnice je bilo nameščenih v preurejenem grajskem poslopju gradiča Neuhoft ali »Novi dvor« – v

današnjem »konventu«. V tem gradiču je pred davnimi 150 leti prebivala Primiceva Julija, in sicer od 1850 do 1864. Po rojstvu petih otrok je umrla v 47. letu zaradi vnetja rebrne mreže in je pokopana na šmihelskem pokopališču.

»Žensko« bolnišnico pa so odprli v Novem mestu 19. novembra 1908, na godovni dan njene zaveznice pokojne cesarice Elizabete.

V prvih letih delovanja dermatovenerološki oddelk še ni imel sodobnih svetil za fototerapijo kožnih bolezni, zato so uporabili naravne UV-žarke. Za bolnike z luskavico so ob sončnem vremenu namestili na teraso na strehi bolnišnice posebne ležalnike, kjer so se bolniki »terapevtsko« sončili. S terase je prekrasen pogled na Krko, na stolno cerkev Kapitelj in ves Breg, zato sem prepričana, da je bila terapija tudi zaradi ugodnih psihosocialnih dejavnikov uspešna. Dermatovenerologi namreč dobro vemo, da je uspeh zdravljenja kožnih bolezni na morju ali v zdraviliščih posledica UV-žarkov in predvsem boljšega psihičnega počutja ob pogledu na naravo, stran od delovnega in domačega okolja.

Leta 1962 se je dr. Adamčiču pridružila še prim. mag. Jožica Strojani, ki je leta 1968 začela poleg dermatologije še z delom v alergološki ambulanti in v naslednjih letih opravila še magisterij iz alergologije. Leta 1972 je začela delovati v okviru dermatologije še flebološka ambulanta, kjer sta bolnike, ki so imeli težave z venami, skupaj pregledala za to dodatno usposobljena dermatologinja in žilni kirurg.



Sedanje in bivše osebe oddelka

Z zgraditvijo novega bolnišničnega kompleksa se je oddelek leta 1972 preselil v 2. nadstropje »stavbe kirurgije«, kjer smo ostali do leta 2003, ambulante pa so v tej stavbi še danes. Po tej preselitvi je imel oddelek največje število bolniških postelj, in sicer 42. Po letu 1982 se število postelj zmanjšuje in danes imamo le še osem postelj.

Po upokojitvi prim. dr. Milana Adamčiča leta 1993 je postala predstojnica prim. mag. Jožica Strojan. Istega leta se je upokojila tudi glavna višja medicinska sestra Jelka Plaper, ki jo je nadomestila Marija Pugelj.

Od leta 2003, po upokojitvi mag. Strojanove, je predstojnica mag. Valerija Balkovec, ki je z odhodom mag. Maje Gabrič Zirkelbach v zasebništvu oktobra 2007 ostala edina zdravnica dermatovenerologinja v novomeški bolnišnici.

Sedanja lokacija oddelka je v prvem nadstropju v prenovljeni stavbi »pljučnega oddelka«, kamor smo se leta 2003 preselili skupaj z infekcijskim oddelkom. Prednost skupnega delovanja obeh oddelkov je zaradi njune majhnosti v lažji organizacije nege in razporeditve srednjega zdravstvenega kadra, za zdravnice pa to pomeni hitro konziliarno službo dveh večkrat med sabo prepletajočih se vej medicine. Na oddelku imamo za potrebe dermatologije eno 4-posteljno in dve 2-posteljni sobi. V zadnjih petih letih bolniki pogosto pohvalijo bolnišnične prostore in nego, ki so je deležni na našem oddelku.



Med vizito leta 1959

Večji del naše dejavnosti se odvija v ambulantah, kjer še vedno delujejo alergološka, varikološka in dermatološka ambulanta za potrebe bolnikov iz širše Dolenjske, Bele krejine, Posavja, Ljubljane, Kočevja, Kranja... Kožne bolezni prizadenejo ljudi v vseh starostnih obdobjih, zato so naši bolniki stari od nekaj dni do skoraj 100 let. Poleg splošnih dermatoloških pregledov opravljamo alergološke epikutane in vbodne teste, krioterapije, elektrokoagulacije in elektroablacije, diagnostiko spolno prenosljivih bolezni, sklerozacijo varic in terapijo razjed na nogah s sodobnimi oblogami...

Predvsem za bolnike z luskavico izvajamo fototerapijo s SUP-lampo, UV-kabino, UV-glavnikom, Aqua SUP-lampo za dlani in stopala.

Tako zaradi različnih posegov kot tudi zaradi bolnikov v vseh starostnih obdobjih je naše delo zelo raznoliko in čas v ambulanti kar prehitro teče za nas, ki smo zaposleni na dermatologiji.

Za bolnike mogoče včasih čas v čakalnici teče prepočasi, saj nam velikokrat urnik »porušijo« bolniki z napatnicami »nujno« in je potrebno veliko dobre volje na obeh straneh, da smo na koncu vsi zadovoljni.

S prihodom nove zdravnice po novem letu in s preselitvijo v nove prostore bližnjemu oddelku v bližnji prihodnosti bi bilo rešenih kar precej težav.

Upam, da bodo za naše ambulante čim prej preurejeni prostori v gradiču Kamen, ki je sestavni del sedanje stavbe pljučnega oddelka. Bogata arhitekturna notranjost daje tem prostorom poseben pridih »grajskega«. Samo ime stavbe (Kamen) vidim simbolično v tem, da bi dermatologija postala »kot kamen trdna« stroka v naši bolnišnici, kjer bi s svojim delom še naprej ostali čim hitreje dostopni preprostemu dolenjskemu in belokranjskemu človeku in kjer bi se z novo sodobno, predvsem lasersko in drugo opremo prilagodili potrebam sodobnega človeka, ki vse bolj postavlja v ospredje lepoto kože.

Pregovor pravi, da je koža ogledalo duše. Spremembe na koži so lahko odraz notranjih bolezni, še pogosteje pa odziv na napetosti doma, v službi, v šoli. Zato daje mir v duši poseben sijaj in lepoto naši koži.

Zaposleni na dermatološkem oddelku in v ambulanti se bomo trudili, da bi preko svoje kože vsak lahko resnično pokazal lepoto svoje duše. ■



Slovenski dermatologi z leve proti desni: Mihec Pogačnik, Jadranka Korzika Mrak, Valerija Balkovec, Alenka Karas Erklavec, Sonja Vrečko, Ružica Slivnik, Ana Benedičič, Marko Potočnik



Predstojnica mag. Valerija Balkovec, dr. med., in strokovni direktor SB Novo mesto Josip Smodej, dr. med.



Oba direktorja sta se za vloženi trud zahvalila upokojenemu osebju. Na sliki najstarejša upokojena sestra Barica Erpe, strokovni direktor Josip Smodej in direktorica Mira Retelj.

Prepoved kajenja tudi na Hrvaškem

Liječničke novine, 73, oktober 2008 - Ker je pred vstopom v EU treba poskrbeti tudi za svatovska oblačila, je hrvaško ministrstvo za zdravje predložilo v saborski postopek zakon o prepovedi kajenja v javnih prostorih. Če bo zakon sprejet, bo prepovedano kajenje predvsem v javnih prostorih, kot so zdravstvene in vzgojne ustanove (izjema bodo psihiatrične), pa tudi v gostinskih lokalih, kjer pa bodo dovoljene posebej urejene kadilnice. Postopek v saboru naj bi omogočil, da bo zakon stopil v veljavo marca ali aprila 2009, prizadeti pa morajo svoje poslovanje uskladiti šest mesecev po začetku veljavnosti zakona. Kazni za pravne osebe so predvidene od 20.000 do 200.000 kun (približno 2900 do 29.000 EUR), za fizične pa od 500 do 1000 kun.

Zadnja raziskava kadilskih navad iz leta 2003 kaže, da je delež kadilcev, starejših od 18 let, na Hrvaškem 27,4 odstotka (od tega 33,8 odstotka moških in 21,7 odstotka žensk), za leto 2005 pa ocenjujejo, da je za posledicami kajenja umrlo več kot 9100 prebivalcev.

Plat zvona bijejo pulmologi, ki ugotavljajo,

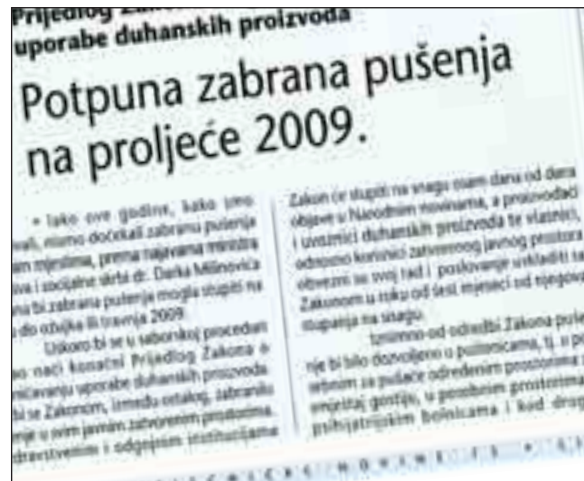
da je pljučni rak na Hrvaškem, ki je v pretežni meri posledica kajenja, vse pogostejši in da je pri moških že na prvem mestu med vsemi rakavimi boleznimi, pri ženskah pa na drugem ali tretjem.

Leta 1969 je bila zboleznost 25,6 odstotka na 100.000 prebivalcev, leta 2005 pa že 63,7 odstotka. Smrtnost se je v enakem obdobju strmo

povečala, od 20,7 na 56,2 odstotka, petletno preživetje (10 do 14 odstotkov) pa se ni spremenilo že vrsto let, kljub pomembnim izboljšavam v terapiji.

Dr. Marko Jakopović iz Klinike za pljučne bolezni Jordana-novac, kjer se zdravi 80 odstotkov vseh zbolelih za pljučnim rakom, zaključuje svoj prikaz z ugotovitvijo, da v Zagrebu ni lahko biti nekadilec. »Tobačnega dima je na javnih prostorih toliko, da povprečni pasivni kadilec pokadi dnevno štiri do pet cigaret.«

Zbral: Boris Klun



Koncesija

Javni razpis

Občina Prebold objavlja

javni razpis za podelitev koncesije za pediatra na območju občine Prebold

Pogoji:

zakonsko predpisani in drugi pogoji, ki jih mora izpolnjevati kandidat(ka) za podelitev koncesije, če je fizična ali pravna oseba

Rok za prijavo na razpis oz. oddajo kandidature je **31. januar 2009.**

Kandidaturo je treba poslati po pošti oziroma osebno predložiti v zaprti ovojnici, na kateri mora biti:

- vidna označba »Ne odpiraj – Prijava na javni razpis za podelitev koncesije za pediatra«,
- naslov: Občina Prebold, Hmeljarska cesta 3, 3312 Prebold.

Razpis in razpisna dokumentacija sta dosegljiva v tajništvu in na spletni strani Občine Prebold: <http://www.prebold.com>

Bitka z mikrobi

Jelka Reberšek Gorišek, predsednica RSK za infekcijske bolezni in epidemiologijo: Med cilji, ki jih slovenska infektologija želi doseči v nadaljnjih letih, je enakomerna porazdelitev infektološke dejavnosti v vsej Sloveniji z ustrezno organizirano mrežo infektologov. Infektologov po številu ni veliko in tudi infektološka dejavnost v Sloveniji ni enakomerno razporejena. V zahodnih delih Slovenije je praktično ni. Cilj nadaljnega dela je enakomeren razvoj infektološke stroke na vseh področjih Slovenije, nenehno strokovno izobraževanje na vseh strokovnih področjih ter nadaljnje dograjevanje bolnišnične, ambulantne in konziliarne obravnave bolnikov ter povečanje obsega dela na pedagoškem, zlasti pa na raziskovalnem področju. Treba je ohraniti organizacijske oblike samostojnih infekcijskih oddelkov na regijskih področjih, ker se je ta organiziranost v našem okolju izkazala kot zelo dobra.

Vprašanja: Marko Pokorn
Odgovori: Jelka Reberšek Gorišek

Če si sposodimo Plenčičevo sintagmo o *contagium vivum* oz. o živem kontagiju, lahko že ob bežnem pogledu na trenutno stanje v sodobni medicini rečemo, da je kontagij še kako živ. Se s tem strinjate?

Zelo se strinjam, da je Plenčičev *contagium vivum* tudi v sodobni medicini še kako živ, le da danes številne povzročitelje bolezni poznamo, verjetno pa so številni še neprepoznani. Ocenjuje se, da je na Zemlji okrog 3 milijarde mikroorganizmov in da je od teh prepoznanih manj kot 0,5 odstotka. Zato je tudi v prihodnje pričakovati odkrivanje novih bolezni in njihovih povzročiteljev in *contagium vivum* bo še kako živ z nami in znanjci dalje.

Menite, da bo medicina izgubila bitko z bakterijami oz. njihovo odpornostjo?

Menim, da medicina ne bo izgubila bitke z mikrobi in njihovo odpornostjo, saj ves dosežani razvoj medicine na vseh področjih kaže izjemne uspehe. Prepričana sem, da bo ta boj dobila, vendar pa bitka z odpornimi mikrobi ne bo lahka in bo predvsem zelo dolga.

Problema odpornosti mikrobov proti antibiotikom in tudi proti protivirusnim, protiglivičnim in protiparazitarnim zdravilom se zavedajo po vsem svetu. Veliko ozaveščenost na tem področju je pokazala Evropska unija in v njenem okviru tudi Slovenija. Svet evropskih akademikov najrazličnejših področij, tudi slovenskih, je sprejel vrsto strateških ukrepov, namenjenih boju proti pojavu odpornosti mikrobov proti protimikrobnim zdravilom. Na pomembnost problema odpornih mikrobov, ki ogrožajo uspehe medicine, spominja tudi 18. november, evropski dan ozaveščenosti o antibiotikih, ki bo tradicionalen. Problem pojava odpornosti mikrobov ni samo problem humane medicine, ampak tudi veterine, prehranske industrije in ekologije. Problem je zelo obsežen in se zajeda v vse pore družbe. Zato je potrebno

ozaveščanje ne samo strokovnjakov, ki se s temi problemi ukvarjajo, ampak celotne družbe, če želimo v tej tekmi prekositi mikrobe. Pomen boja proti mikrobom ni nov. Zanimivo je, da so se ga zelo zavedali že številni znanstveniki v različnih obdobjih, ko še niso bili prepoznavni številni povzročitelji bolezni, niti ni bil odkrit še noben antibiotik.

Prisluhnimo stavku, ki ga pripisujejo M. A. Plenčiču: »Med mikrobi vlada nasprotstvo, antipatija. Sovražijo se med seboj kakor vsa ostala živa bitja. Zato tudi ugonablajo drug drugega.«

Ruski biolog Ilija Mečnikov pa je mnogo kasneje na Darwinovi proslavi napisal: »Izkoristiti je treba ta nasprotstva med mikrobi v korist človeštva.«

V istem času kot Mečnikov je živel tudi ugleden nemški bakteriolog Robert Koch. Na 10. mednarodnem kongresu zdravnikov leta 1890 je povedal: »Želja nas vseh je, da vsi narodi merijo svoje sile v borbi proti najmanjšim, toda najnevarnejšim sovražnikom človeštva in da v tej borbi poizkušajo v plemeniti tekmi uspešno prekašati drug drugega v blagor vsega človeštva.« Vsaka znanstvena veda ima svoje predhodnice, zato so misli in ugotovitve teh znanstvenikov še kako aktualne tudi danes in jih je treba priključiti najsodobnejšim znanjem sedanjega časa. Ne smemo tudi pozabiti, da vsi mikrobi niso škodljivi in da so številni koristni za človeka in naravo. Učinkovitost boja bo dosežena, ko bodo premagani odporni mikrobi, ohranjeni pa tisti, ki živijo v dobrem sožitju s človekom in naravo. Uravnoveženost med ljudmi in z naravo je cilj človeškega preživetja.

Kje je po Vašem mnenju mesto infektologije v Sloveniji v 21. stoletju?

Mesto infektologije in infektologa je v 21. stoletju povsod po svetu in tudi v Sloveniji zelo pomembno. Na pomembnost infektologije v sedanjem času opozarjajo številna poročila Evropske unije, Svetovne zdravstvene organizacije in številnih drugih inštitucij, ki se ukvarjajo

s problemi nalezljivih bolezni. Na njeno vlogo v slovenski družbi pa kaže tudi zakonska ureditev z Zakonom o nalezljivih boleznih.

Nalezljive bolezni po zboleznosti in umrljivosti zasedajo vodilna mesta v svetu in pri nas, ljudje pa se jih in so se jih že od nekdaj bali. Z globalizacijo sveta je možen vnos kate-rekoli zelo nalezljive bolezni kamorkoli, tudi v Slovenijo. Ne pozabimo paničnega strahu, ki je vladal v svetu še pred nedavnim ob pojavu bioterorizma, SARS-a, ptičje gripe in HIV-a, pa tudi MRSA in bolnišnične okužbe so dobro zainteresirale celotno slovensko javnost. Pa vendar so to le vrhovi ledene gore, saj ljudje zlasti v nerazvitem svetu dnevno zbolevajo in umirajo za tuberkulozo, HIV-okužbo, virusnimi hepatitis, malarijo in drugimi parazitarnimi in črevesnimi okužbami. Številke grado v milijone in med njimi je žal veliko otrok. Vsako leto se pojavi tudi kakšna nova nalezljiva bolezen in njen povzročitelj ali pa »stara« v »novi podobi«, da nanje ne bi pozabili. Včasih imam občutek, da nas infektologe pogosteje sprašujejo o mestu infektologije in viziji razvoja infektologije v naši družbi. Morda zaradi strahu pred nalezljivimi boleznimi, morda tudi zato, ker nekateri še vedno menijo, da s »čarovnim orožjem«, kot so v začetku imenovali antibiotike, in cepljenji lahko pozdravimo in preprečimo vse nalezljive bolezni. Pojav odpornih mikrobov in pojav epidemij oslovskega kašlja, ošpic, davice, pa tudi drugih starih infekcijskih bolezni okrog nas in tudi pri nas kaže zmotnost takšnega razmišljanja.

Slovenska infektologija - Morda pa se vprašanja pojavljajo tudi zato, ker nekatere države poznajo drugačno organiziranost infektologije, kot jo imamo pri nas, in poznajo infektologe samo kot svetovalce. Slovenski infektologi imamo sodobno organizirano infektološko stroko in se odzivamo na vse aktualne probleme infekcijskih bolezni. Imamo tudi zastavljene cilje nadaljnega razvoja in poti za doseg te cilje. Slovenska infektologija ima lastno specializacijo že šest desetletij, s čimer se ne morejo pohva-

liti vse države. Je integralna stroka, saj zajema zdravljenje odraslih in otrok z nalezljivimi boleznimi in skrbi za uravnotežen razvoj na vseh področjih. Cilj stroke je tudi v prihodnje slediti uravnoteženemu razvoju vseh področij, tako za odrasle kot otroke. Na vseh infekcijskih oddelkih v Sloveniji se izvaja bolnišnična, ambulantna in konziliarna dejavnost in dežurna služba. V konziliarni službi smo infektologi predvsem svetovalci na področju smotrne mikrobiološke diagnostike, načrtno rabe antimikrobnih zdravil in obvladovanja bolnišničnih okužb. Pedagoško in raziskovalno delo v infektologiji se izvaja glede na organiziranost zdravstvene ustanove in pogoje raziskovalnega dela. Srž strokovnega dela temelji tudi na interdisciplinarnem delu in povezovanju s specialisti drugih strok. Zlasti je tesno sodelovanje z mikrobiologi in epidemiologi.

Med cilji, ki jih želimo doseči v nadaljnjih letih, je enakomerna porazdelitev infektološke dejavnosti v vsej Sloveniji z ustrežno organizirano mrežo infektologov. Infektologov po številu ni veliko in tudi infektološka dejavnost v Sloveniji ni enakomerno razporejena. V zahodnih delih Slovenije je praktično ni. To dejstvo ni zanemarljivo pri pomenu slovenske infektologije. Cilj našega nadaljnjega dela je enakomeren razvoj infektološke stroke na vseh področjih Slovenije, nenehno strokovno

izobraževanje na vseh strokovnih področjih ter nadaljnje dograjevanje bolnišnične, ambulantne in konziliarne obravnave bolnikov ter povečanje obsega dela na pedagoškem, zlasti pa na raziskovalnem področju. Menim, da je treba ohraniti organizacijske oblike samostojnih infekcijskih oddelkov na regijskih področjih, ker se je ta organiziranost v našem okolju izkazala kot zelo dobra. Ne bi bilo smiselno slediti drugim organizacijskim oblikam, ki so se morda izkazale v drugih okoljih. Če pa bi prišlo do bistvenih organizacijskih sprememb v celotnem našem zdravstvenem sistemu, jim bomo sledili, vendar uravnoteženo z ostalimi strokami.

Bistven poudarek v nadaljnjem razvoju namenjamo svetovalni dejavnosti na vseh področjih, zlasti na področju bolnišnične higijene in načrtno rabe protimikrobnih zdravil, s poudarkom na boju proti odpornim mikrobom. Že danes smo dobrodošli svetovalci na različnih oddelkih ali dejavnostih zdravstvenih ustanov. Naš cilj je, da bomo redno prisotni kot svetovalci na vseh oddelkih ali dejavnostih in tudi na področjih, kjer ni infekcijskih oddelkov in kjer bomo razvijali svetovalno dejavnost v povezavi z regionalnimi centri. Cilj nadaljnje svetovalne dejavnosti je povečati obseg tega dela in prikazati tudi učinkovitost dela z ekonomskimi pokazatelji, kar bo pomembno prispevalo k vlogi infektologov in stroke. In to na vseh področjih,

tako za odrasle kot za otroke. Za doseg te ciljev so potrebni ustrezni kadrovski in prostorski normativi, tudi zaradi večjih potreb po različnih vrstah izolacij. Izolacije zbolelih niso namenjene samo varnosti bolnikov, ampak tudi varnosti prebivalcev. Številni problemi infektologije so tudi v 21. stoletju znani, številne lahko še pričakujemo.

V nadaljnjih letih je pričakovati rast števila bolnikov z infekcijskimi boleznimi zaradi naraščanja starosti bolnikov, naraščanja invazivnih diagnostičnih in terapevtskih posegov ter večje število bolnikov z okrnjeno imunostjo – odraslih in otrok. Vloga infektologa je povsod odvisna predvsem od njegovega vložene strokovnega dela na vseh področjih in uspešnosti ter učinkovitosti uveljavljanja interdisciplinarnega svetovalnega dela s specialisti drugih strok. Pa tudi od mesta infektologije v državi in odzivnosti infektološke problematike v civilni družbi. Na pomembnost infektologije v naši državi lahko poleg strokovnega dela vplivamo tudi z rednim ozaveščanjem infektološke problematike in seveda z ukrepi za njihovo reševanje na vseh področjih medicine, z ozaveščanjem vodstvenih organov zdravstvenih ustanov in organov države ter civilne družbe. Preprečevanje in obvladovanje infekcijskih bolezni ni samo problem infektologije, ampak vseh strokovnjakov, države in civilnega prebivalstva. ■

Iz sosedskih medicinskih revij

Demografija zadene tudi nas zdravnike

OÖ Ärzte št. 221, november 2008

Povzetek uvodnika predsednika dr. P. Niedermoserja - S pojmi, kot sta EKG ali EMG, znamo zdravnice in zdravniki kar dobro delovati. To so krivulje, prek katerih smo se uveljavili v svoji izobrazbi. Kar za mnoge od nas ni toliko zanimivo, pa je krivulja staranja avstrijskega zdravništva. Je pa vredna bolj natančnega vpogleda.

Največ zdravnic in zdravnikov je v starosti med 45 in 50 let.

V mojem letniku 1961 je zdaj 217 zdravnic in zdravnikov dejavnih v bolnišnicah ali kot

koncesionarji. V našem času je bilo samo na Dunaju več kot 2000 študentov novincev. V tem času je bila uveljavljena delovna zakonodaja ter iz nje izhajajoča zahteva, koliko zdravnic in zdravnikov potrebujemo. Če pogledamo bolnišnice, so vsi oddelki – seveda ob polnem upoštevanju delovne zakonodaje ter skrajne mobilizacije osebnih virov (*resursov*), kar seveda ni optimalno – po personalu komaj zadostno opremljeni.

V letniku 1971, 10 let pozneje, je v Zgornji Avstriji aktivnih le še 110 zdravnic in zdravnikov, kar je primanjkljaj kar 110 kolegic in kolegov.

Raziskava, ki jo je opravila Univerza za gospodarstvo na Dunaju (*Wirtschaftsuniversität Wien*), kaže, da bo do leta 2030 letna potreba 1600 zdravnic in zdravnikov, ob tem pa je na leto v vsej Avstriji le 1350 študentov novincev. Vsi podatki kažejo, da jadrano proti neznatnemu primanjkljaju zdravnic in zdravnikov. Iz stanovskopolitičnega stališča bi to nekateri po-

imenovali kot raj, zakaj pomanjkljiva ponudba zdravnika naredi zdravnika za drago blago. Za tiste, ki delujejo v sistemu, pa to pomeni vnaprej programirano preobremenitev.

Proti temu lahko ukrepamo že zdaj. Razi-skave kažejo, da zdravnice specialiste do 25 odstotkov svojega časa zapravijo za nepotrebno birokracijo. Bil bi že čas, da nas slednjega razbremenijo.

Nujna bi bila tudi sprememba okvirnih pogojev našega vsakdanjega dela. Potrebujemo pogoje, ki bi nam omogočili, da s 55. letom ne bi izgoreli ali da ne bi pristali v interni emigraciji. V sedanjih delovnih razmerah ne bomo več motivirani, da bi v bolnišnici ali ordinaciji ostajali dlje, kot je nujno potrebno. To pa je nepopravljivo uničenje vedenja in izkušnje pacientov. ■

Marjan Kordaš

Kdo mi lahko pove?

Marko Demšar

V zadnji številki revije Isis je med razpisi prostih delovnih mest pritegnil mojo pozornost eden, in to iz dveh razlogov. Prvi je bil ta, da prosto delovno mesto zdravnika specialista splošne medicine oz. specialista družinske medicine objavlja zasebna ambulanta splošne medicine **s koncesijo (!)**, da pa bo nastop dela možen **takoj po pridobitvi (!) koncesije**. Četudi o podeljevanju koncesij nekaj vem, na to nelogičnost še ne bi postal pozoren, v kolikor kot razpisovalec ne bi bil naveden **Diamed – Ambulanta za osteoporozo in preventivno medicino, Barjanska cesta 56, Ljubljana**. Z imenom Diamed, d.o.o., sem se namreč srečal že pred nekaj meseci, ko sem prebral njihov vabljeni oglas, ki je ponujal (citiram) »pregled stanja celotnega telesa, ki daje dragocene podatke o stopnji sprememb kjerkoli v telesu na celičnem nivoju. Prav to pa je velika prednost pri odkrivanju skritih žarišč v telesu, preden se razvijejo do kroničnega ali akutnega stanja. Opravi se analiza vsakega organskega sistema posebej; arterijskega in venskega ožilja, živčnega, endokrinega in limfnega sistema, srca, srčnih zaklopk, srčne mišice, koronarnih arterij, osrčnika, možganskih arterij, ščitnice, jeter, pljuč, hrbtenice, prizadetosti sklepov, tetiv, prostate, dojk, rodil« – konec citata. Priporočilu takega pregleda za ljudi z zdravstvenimi težavami ali za tiste, ki želijo preveriti stanje organizma, naj bi strokovno veljavo dalo Društvo za preventivo bolezni srca in ožilja ter bolezni sodobnega časa (je kdo zanj že slišal? Njegov zakoniti zastopnik je Cirila Pavlin.). Tega, prosim, ne zamenjati z uveljavljenim Društvom za bolezni srca in ožilja, ki ga je vodila vrsta uglednih zdravnikov! Ker me je stvar pričela vedno bolj zanimati, sem najprej v Poslovnem imeniku našel, da je podjetje Diamed, d.o.o., registrirano za samostojne zdravstvene dejavnosti, ki jih ne opravljajo zdravniki, da nima zaposlenih in da so njegovi zakoniti zastopniki Hui Zhao, Cirila Pavlin in Erika Young. Pod vtisom navedb, kaj vse reklamirani pregled nudi, in v skrbi, da sem v svojem poznavanju najsodobnejših diagnostičnih metod zaostal, sem pisno zaprosil Inštitut za biologijo celice MF v Ljubljani za poduk o meni nepoznatih možnostih. Močno sem namreč dvomil, da bodo poznane medicinske aparature – CT, MR, PET – za staro šaro in da jih bodo zamenjale take, ki naj bi dajale dragocene podatke o stopnji sprememb kjerkoli v telesu na celični ravni.

Ljubeznivo in nemudoma mi je odgovoril njegov predstojnik prof. dr. Kristijan Jezernik. Iz njegovega obširnega pisma povzemam: »...menim, da je razpoznavanje stopnje sprememb kjerkoli v telesu na celičnem nivoju zavajanje. Dodobra sem seznanjen z raznovrstnimi metodami v celični biologiji, ki jih je danes z določenimi uspehi moč aplicirati tudi v nove diagnostične namene. V večini gre za aparature in postopke, ki omogočajo detekcijo določenih molekul na celičnem in subceličnem nivoju. Seveda so tovrstna ugotavljanja specifično omejena na določene vrste celic in organskih sistemov in omogočajo interpretacijo nekih konkretnih molekularnih sprememb v takih celičnih sistemih. Popolnoma nesmiselno je torej trditi,

da je spremembe celičnih stanj s to metodo mogoče ugotavljati v kateremkoli sistemu v telesu /.../. Seveda je razumljivo, da je mogoče z določenimi posplošitvami in nedoslednostmi razložiti zaključke, ki so teoretično verjetni, v praksi pa napačni /.../. Zato je navedena trditev o možnih preiskavah in interpretacija stanj telesa na vseh navedenih nivojih v tako imenovanem kompleksnem sistemu dejansko zavajanje.« (konec citata).

Ko sem svoje pomisleke o tovrstnem oglaševanju in torej zavajanju javnosti objavil v Delu in Ljubljanskem dnevniku v mesecu marcu 2008 (in nato dobil tudi odgovora s podpisom Cirile Pavlin, od neke odvetniške družbe pa grožnja s tožbo, ker naj bi moj članek povzročil nezaupanje strank in zmanjšal njihovo število, s čimer naj bi nastala materialna škoda za Diamed, d.o.o.), sta se Društvo za preventivo srca in ožilja ter bolezni sodobnega časa v sodelovanju s podjetjem Diamed, d.o.o. (pod tem so se podpisovali na dokumentaciji »strokovni sodelavci«, brez oznake strokovnosti oziroma poklica) prenehala pojavljati v oglasih za »diagnostiko na celičnem nivoju«. Oglaševanje se je sedaj preusmerilo v novo dejavnost: Ambulanta za osteoporozo in preventivno medicino, Diamed, d.o.o. Društvo za preventivo bolezni srca in ožilja moderne dobe se sedaj ne omenja več.

Ker so mi poznana pota za ustanovitev ambulante in tudi strokovna merila ter pogoji zanjo – predvsem varnost uporabe njene opreme ter usposobljenosti osebja, ki dela z njo, posebej če so to aparati z ionizirajočim sevanjem – sem 22. julija 2008 naslovil na Ministrstvo za zdravje troje tozadevnih vprašanj, na katera pa do danes še nisem dobil odgovora.

Dejstvo je, da Slovenijo preplavljajo oglasi za zdravstvene in »zdravstvene« storitve ter da je razlikovanje zrna od plev težko. Tudi sam ne vem, kaj pomeni in kaj je pričakovati od tistega, ki se proglasi za »nov, vrhunski medicinski center« in na svoji spletni strani navaja številne specialistične ambulante, vendar brez navedb zdravnikov, ki v njih delajo; zelo natančno pa objavi cene, ki so zares vrhunske! Kako naj se potem spozna nekdo, ki ve malo ali nič o poteh in stranpoteh raznovrstnih obljub, ki ponujajo odkrivanje bolezni ali ohranjanje zdravja?

Tu se sprašujem, kakšna in čigava je odgovornost za to zmedo? Jo nosijo gospe ali gospodje, ki sedijo na magistratu v Ljubljani in drugih mestih? Je to Ministrstvo za zdravje s svojim (čudnim?) podeljevanjem koncesij? Kakšen del prisoditi Zdravniški zbornici, katere telesa naj bi dajala soglasja prosilcem za koncesije? Kje so odgovorni, da preverijo, kdo je nosilec dejavnosti, ki sega na področje (recimo) medicinske diagnostike? Nadzorov drugih vrst je še veliko in kdo se jim izogiba in raje pred sedanjim stanjem tišči glavo v pesek?

Kdo mi lahko to pove? ■

NOVA SPLETNA STRAN ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

www.zdravniskazbornica.si

Mentor (naj) mlajšega varuje in naj mlajšemu svetuje

Dušanka Mičetić Turk

Izrek »Mentor je kot tattoo, ki ostaja z vami za vedno,« je pogosto pravi izrek in tako bi bilo zaželeno. Lahko pa se vprašamo, ali so vsa mentorstva res takšna?

Ljudje stalno prihajajo v naša življenja in odhajajo iz njih. Nekatere od teh zvez vplivajo na našo osebno rast in skozi njih se učimo lekcije iz osebnega in poklicnega življenja. Posebne zveze celo vplivajo na našo preobrazbo kot posameznika in odpirajo okna novim možnostim ter ustvarjajo nove poti delovanja v našem okolju. Takšne zveze so vzajemen in interaktiven proces učenja, ki nas spodbuja, da dosežemo cilje in se skupaj razvijamo.

Mentorstvo in mentor sta besedi, ki ju pogosto slišimo in uporabljamo v bolnišnicah in drugih zdravstvenih in akademskih ustanovah. Kljub temu, da je opredeljeno in napisano, kdo je lahko mentor, je zelo malo zapisanega o specifični vlogi in odgovornosti mentorja, še manj pa o nalogah in dolžnostih mlade osebe, ki je vključena v odnos mentorstva.

Mentorstvo je poseben odnos med dvema človekoma – starejšim in mlajšim, ki je sočasno strokovna in osebna vez. Osnovni namen tega odnosa je svetovanje v izgradnji kariere mlajše osebe in pomoč, da ta oseba doseže zastavljene karierne cilje. Sicer pa, kot je značilno za medčloveške odnose, je ta odnos bolj kompleksen in globlji, vključuje zaupanje, pričakovanja in izpolnitev pričakovanj, kar je ključno za uspešen odnos.

Korenine besede mentor segajo v grško mitologijo in Homerjevo epsko pesnitev »Odiseja«, kjer Odisej pred odhodom na potovanje zaupa prijatelju Mentorju skrb za vzgojo svojega sina Telemahusa. Precej pozneje je beseda mentor postala del različnih jezikov, v različnih državah in organizacijah. Danes z besedo mentor mislimo nekoga (ponavadi izkušenega strokovnjaka), ki je prevzel nalogo ali mu je bila naložena dolžnost, da pomaga drugi osebi (običajno mlajši) uspešno razvijati strokovno pot. Besede, ki se pogosto nepravilno uporabljajo za osebo, ki je mentor, in vnašajo nekaj zmede, so supervizor, vzgojitelj, koordinator, ocenjevalec, svetovalec, svetnik in ne definirajo bistva mentorstva.

In kaj je z mlado osebo, ki je na začetku strokovne poti in vstopa v zvezo mentorstva? Pravega izraza za njo nimamo, v medicini je to sekundarij in specializant, v anglosaški literaturi pa se večinoma uporablja izraz »mentee«, kot sinonim se pojavljajo protégé, vajenec, gojenec. Ti izrazi ne ustrezajo, saj mlada oseba ne hodi neposredno po mentorjevih sledeh, kot sugerira izraz protégé, in ni vajenec ali gojenec v pravem smislu. Zato prevladuje izraz »mentee«.

Ko je mentor izbran in imenovan, začneja odnos, katerega glavni cilj je pomoč mlajši osebi (specializantu), da čim prej doseže zastavljene cilje (npr. uspešno konča specializacijo) in postane zreli strokovnjak (npr. specialist določene stroke). Brez dobrega poznavanja želja mlajšega ter njegovih delovnih in umskih sposobnosti so ti cilji težje dosegljivi. Mentor bo težje

realno ocenil perspektive mlajšega in možnosti njegovega napredovanja k uspešnemu zaključku. Ključne komponente v tem odnosu so pripravljenost mentorja, da uvaja in motivira mlajšega v razvijanju novih veščin, znanj in učinkovitosti ter spremlja njegov napredek.

Vsekakor mora mentor v tem odnosu imeti nadzor nad kratkoročnimi in dolgoročnimi strokovnimi cilji. Mentor mora biti sposoben oceniti osebne značilnosti mlajšega, njegove prednosti in slabosti, znati mora svetovati ali celo voditi, vedno z določeno distanco, kar je najbolj občutljivejši del odnosa. Zaupanje mlajšega je izjemno pomembno in zahteva od mentorja poznavanje medosebnih odnosov ter odlične komunikacijske veščine.

Kakšne lastnosti ima dober mentor?

Praviloma je to oseba z učiteljskim nazivom in bogatimi izkušnjami s strokovnega in izobraževalnega področja. Biti mora dober poslušalec in opazovalec, zbuja zaupanje, svetovati, konstruktivno kritizirati in znati pohvaliti, biti mora odprt in pošten, vzornik v različnih dejanjih in besedah, pripravljen, da kadar koli pomaga. Poleg strokovnega je pomemben vidik mentorstva tudi uvajanje mlajšega v strokovne kroge. Na tem področju ima mentor dve glavni vloge:

- da štiti mlajšega in preprečuje ter pomaga reševati možne konflikte in neugodne situacije,
- da svetuje mlajšemu in mu daje možnosti za razvoj (sprejme ga za soavtorja, pošilja ga na kongrese, simpozije, predlaga za različne aktivnosti). Korist za mlajšega je očitna, imel pa naj bi jo v tem odnosu tudi mentor.

V Pravilniku o vrstah, vsebini in poteku specializacije zdravnikov so v čl. 28, 29 in 30 opredeljene naloge glavnega in neposrednega mentorja ter kdaj Zbornica lahko razreši mentorje.

Kakšni so kriteriji za oceno in izbiranje dobrih mentorjev od slabih, kako delajo z mlajšimi, ali jih spodbujajo in ali jih sploh poznajo, ni jasno.

Še manj se omenja vloga in dolžnosti mlajšega, »menteeja«, mlajše osebe ali našega specializanta. Mlajša oseba mora biti voljna sodelovati v tej zvezi – mentorstvu, truditi se mora delati po najboljših močeh, sprejemati kritike, imeti dovolj poguma za postavljanje vprašanj, poskušanje novih posegov, sprejemanje odgovornosti, biti mora odkrita in poštena, spoštljiva in hvaležna. Prav tako mora vedno poslušati, opazovati, se učiti in rasti. Mlajša oseba je ta, ki potrebuje mentorja, zato se ona dogovarja za sestanek z njim, mu poroča o opravljenem delu, če gre za materiale, ki jih mora pregledati mentor, mu to dostavi pravočasno in ne v zadnjem trenutku. Mlajši mora vedno pokazati iskreno željo za srečanje z mentorjem, tudi ko sta oba prezasedena.

Glede na to, da naj bi odnos mentor - mlajša oseba temeljil tudi na svetovanju glede prihodnje kariere, mora mlajši povedati, kateri so njegovi cilji in če ni prepričan, da jih bo dosegel, od kod izvira ta strah in kakšne

so ovire. Mentor lahko postavi roke za doseg kratkoročnih in dolgoročnih ciljev in potreb.

Jasna mora biti prioriteta posameznih ciljev in doseganje le-teh po korakih, premišljeno in previdno. Zato je dolžnost mlajših, da sporočajo mentorju, kaj so dosegli in kje so težave, vključno z zaostajanjem ali celo preprekami, ki oddaljujejo doseg cilja. Vse to zahteva pošten odnos do mentorja.

V današnjem zdravstvenem sistemu sta rast in razvoj medicinskega osebja zelo pomembna za splošno kakovost zdravstva, zato postaja vloga mentorja vse pomembnejša. Razvijanje intelektualnih, strokovnih, praktičnih in akademskih kompetenc zahteva veliko napora in odgovornosti obeh strani.

Mentorstvo je vnaprej obsojeno na neuspeh, v kolikor med osebama ni pozitivnega transfera oz. naklonjenosti na obeh straneh. Pameten mentor to takoj zazna in mentorstvo »šepa«. Vzrok za slabše funkcioniranje odnosa je tudi pomanjkanje časa. Priporočljivi so redni sestanki, njihova pogostost se lahko spreminja. Pomembno je, da mentor ve za svoje specializante, kje so, kaj delajo, kako napredujejo, kako so zadovoljni oni in okolje, v katerem delujejo, ali redno opravljajo kolokvije in druge obveznosti, ali sodelujejo na strokovnih in znanstvenih sestankih in kongresih, kaj so objavili, kako napredujejo na podiplomskem študiju (če so vpisani na doktorski študij ali magistrerij) itd. Treba je vedeti, kaj se dogaja.

Mlajši lahko ne prikažejo realnega stanja, če so navezani na mentorja in ga idealizirajo kot vzornika, ga vidijo v vlogi starša ali če je mentor vodilna oseba na oddelku ali v stroki.

Če je mentor vodja oddelka, je tudi administrativni supervizor, ki mora kontrolirati, ali je delo opravljeno ali ne. Supervizor je odgovoren, da je neko delo opravljeno. On je lahko ali tudi ne-mentor. Mentor deluje tako, da pomaga nekemu razvijati kariero. Z vzgajanjem. On je lahko ali tudi ne-supervizor. Torej se vlogi mentorja in supervizorja razlikujeta.

Hitro se lahko razvije konflikt interesov, npr. če supervizor zahteva, da mlajši opravi delo, ki ni v najboljšem interesu mlajšega. Zato je pomembno, da se razjasnijo vloge, kdaj je mentor mentor in kdaj je šef? Hude težave lahko nastanejo, če mentor izgubi svojo vlogo v mentorstvu in dovoljuje mlajšemu, da sam diktira in kreira svoje napredovanje. Če je mentor neza-interesiran ali nesposoben vplivati na razvoj mlajšega, lahko to spodkoplje normalen odnos, prav tako kot nezaupanje, neprimerna komunikacija, strah pred neuspehom.

Mentorstvo je lahko izjemna in neponovljiva izkušnja. Ta pozitivni pogled vključuje koristne izkušnje, kot so: osebno zadovoljstvo mentorja, strokovna rast, razvoj veščin, ki omogočajo vodstvene kvalitete, odkrito in učinkovito komuniciranje, razvoj dodatnih veščin za reševanje težav itd. Odnos mentor - mlajši, »mentee«, specializant velikokrat postane prijateljski, posebej če mlajši postane kolega v stroki, oseba s podobnimi pogledi na stroko in življenje. Takšen odnos se ohrani in cveti še dolga leta v skupno zadovoljstvo obeh oseb, vključenih v to zvezo.

Izrek »Mentor je kot tattoo, ki ostaja z vami za vedno,« je pogosto pravi izrek in tako bi bilo zaželeno. Lahko pa se vprašamo, ali so vsa mentorstva res takšna? ■

STAN

Iz sosedske zbornične revije

Nasilje nad zdravniki

Liječniške novine, 74, november 2008

V razmislek: sprejem zakona o zaščiti zdravnikov - Izvršilni odbor Hrvaške zdravniške zbornice je v svojem glasilu objavil vprašalnik za anketo, s katero želi oceniti nasilje, ki so mu izpostavljeni zdravniki na delovnem mestu. Vprašalnik je obsežen in vsebuje med drugim vprašanja o nasilju, ki ga zdravnik doživlja ne samo s strani bolnikov, temveč tudi s strani nadrejenih, kolegov in tudi podrejenih.

V isti številki sta izšla še dva članka (Zdravniški, brezpravna kasta – koliko časa še, ter Kolegi, ne pustite se terorizirati).

Prvi je izpod peresa kirurginje iz regionalne bolnišnice, ki opisuje svoje izkušnje z verbalnim

in tudi fizičnim nasiljem, ki mu je izpostavljen največ v dežurni službi, navadno v poznih nočnih urah. Poleg teh najbolj travmatičnih in vulgarnih pa nadaljuje z naštevanjem nič manj drobnih pritiskov in izsiljevanj za različne preiskave ali za terapije, zlasti tiste z antibiotiki, in

mnenja glede bolniške odsotnosti.

Anekdotični primer, ko starši ponoči pripelejo osemletno deklco, ki je zvečer padla s kavča na tla, ne na pregled, temveč naravnost na CT, ker so na spletu izvedeli za podoben primer, je samo v ilustracijo.

Drugi avtor, ki, po opisu, kot otolog dela tudi v regionalni bolnišnici, razmišlja podobno in našteva zakonske možnosti, ki so na voljo že danes, celo v ustavi. Morda oba nista povsem trdno prepričana o takšnih zaščitah, zato predlagata v razmislek sprejem zakona o zaščiti zdravnikov, nekaj podobnega, kot imajo v zakonodaji že zagotovljeno bolniki.

Da opisane težave niso le regionalne, govori članek iz centralne ustanove s podobno vsebino, objavljen v juljski številki iste revije.

Kljub temu, da je komaj kaj verjetnosti za sprejem takega zakona, pa bodo zanimivi rezultati ankete, ko bo objavljena. ■

Zbral: Boris Klun



Od stanja izčrpanosti do stanja (adrenalne) izgorelosti

Kronična izpostavljenost stresu

Maša Černelič Bizjak

Res so ena izmed okoliščin, ki pripeljejo do izgorevanja, predvsem odnosi, tj. odnosi na delu in odnosi z družbenim okoljem, vendar so tu še druge psihološke okoliščine dela, npr. delovne obremenitve, kakšen nadzor imamo nad delom, kako se nagraduje opravljeno delo, pravičnost in vrednote.

Stres

Stres je v današnjem času in hitrem tempu življenja postal nekakšna stalnica, o stresu vsi veliko govorimo, vse več medijev posveča temu veliko pozornosti, saj se z njim srečujemo vsak dan. In vendarle imamo težave, ko ga je potrebno opredeliti in razlikovati od drugih pojmov. Literatura opredeljuje stres kot preobremenjenost, ki ogroža posameznikovo fizično in duševno integriteto. Pri tem moramo biti pozorni na dejstvo, da grožnja pri stresu prihaja od zunaj, za razliko npr. od duševnega konflikta, kjer prihaja grožnja od znotraj, torej iz posameznika. Ta stres, to preobremenjenost lahko povzročajo tako fizični dejavniki, npr. neznosna vročina, biološki dejavniki, npr. lakota, žeja, bolezen, psihološki dejavniki, npr. pričakovanje nečesa hudega, ali pa socialni dejavniki, kot je brezposelnost. V luči svežih dogodkov pri nas se lahko spomnimo neurij, ki so povzročila poleg grozne škode nedvomno tudi mnogo stresa pri ljudeh. Taki dogodki spadajo med najhujše stresne dejavnike, ki lahko zadenejo človeka.

Stres in izgorelost: enaka ali podobna konstrukta?

Kljub sorodnosti med pojavoma obstajajo tudi značilne razlike. Čeprav je izgorevanje pogosta posledica stresa pri delu, pa zveza med njima ni enostavna. Medtem ko stres zadeva posameznika v različnih življenjskih situacijah, je pojav izgorevanja vezan zgolj na njegovo po-

klicno delo. Izgorelost je torej vezana na delovno okolje in je posledica kroničnega stresa. Raziskovalci ugotavljajo, da sta sicer »delovni stres« in »izgorelost«, čeprav povezana, tudi različna konstrukta ter da se izgorelost pojavi kot posledica stresa, vendar ne nujno pri vseh osebah, ki ga doživljajo. V bistvu je izgorevanje zgolj ena od možnih reaktivnih oblik stresa in ga zato omenjajo tudi kot kumulativno stresno reakcijo. Znano je, da se včasih razvija leta dolgo ter da je vezana na poklicne situacije, kjer je prizadeti posameznik zaradi reševanja tujih problemov prisiljen neprestano odpraviti lastne.

Raziskovalci se v glavnem strinjajo, da z izrazom »izgorelost« (angl. burnout) običajno poimenujemo specifični sindrom, ki je posledica podaljšane izpostavljenosti delovnemu stresu in je značilen predvsem za poklice, za katere je značilno obsežno delo z ljudmi v čustveno zahtevnih situacijah. Christina Maslach (1) opredeljuje izgorelost kot »sindrom čustvene izčrpanosti, depersonalizacije in znižane osebne izpolnitve, ki se pojavi pri osebah, ki delajo z ljudmi«, kombinacija treh sestavin sindroma pa vključuje posameznikove čustvene in spoznavne odzive na kronični stres. Čustveno izčrpanost povzročajo pretirane čustvene zahteve, s katerimi se posameznik sooča pri svojem delu, in se kaže v občutkih preobremenjenosti in izčrpanosti, ki so odziv na pogosta stanja visoke vzburjenosti.

Mnogi raziskovalci so bolj ali manj enotni v pojmovanju izgorelosti kot posledice kronične izpostavljenosti delovnemu stresu. Pojavi se pravzaprav kot posledica pogostih neuspešnih poskusov obvladovanja stresa in postopnega izčrpavanja posameznikovih energetskih virov, kar oboje zmanjša možnost uspešne prilagoditve poklicu. Cherniss (2), ki je skupaj s sodelavci izdelal hipotetični razvojni model, meni, da predstavljata začetno stopnjo izgorelosti fizična utrujenost in čustvena izčrpanost, ki sta posledica neuspešnih poskusov aktivnega spoprijemanja z obremenjujočimi zahtevami

delovne situacije. Na tej stopnji so simptomi izgorelosti povezani z občutki anksioznosti in napetosti. Melamed, Kushir, Shirom (3) so ugotovili, da je izgorelost povezana z napetostjo, pomembno pozitivno povezana z rizičnimi dejavniki srčno-žilnih bolezni, medtem ko to ne velja za hipotetično progresivnejšo stopnjo izgorelosti.

Schaufeli in Enzmann (4) sta pojav opredelila malo drugače, ko pravita, da gre v primeru izgorelosti predvsem za nepopravljive in nezaželene spremembe, ki jih zasledimo pri poklicnem delu z ljudmi. Prizadeti posamezniki izkazujejo znamenja stresne izčrpanosti, pomembno oslabljeno delovno učinkovitost in celo odkrito odklonilni odnos do ljudi. Tako psihološko stanje se razvije navadno postopoma, pravita, zlasti na začetku precej neopazno. Značilno za pojav izgorevanja je, da ga še zdaleč ne moremo opredeliti zgolj na osebni ravni, pač pa ga določa tudi vse tisto, kar se dogaja s posameznikom na medosebni ravni, in to tako v odnosu z oskrbovanci (nestrpnost, cinizem, arogantni, brezosebni pristop) kot tudi na organizacijski ravni (nezadovoljstvo, izogibanje delu, oslabitev moralnih načel).

Za razliko od stresne, psihofizične izčrpanosti, od katere si posameznik po določenem predahu opomore, je pojav izgorelosti trajno, nepopravljivo stanje. Čeprav je izgorelost pogosto povezana z nerazpoloženostjo, to še ni stanje depresije. Predvsem se osebe z izraženim sindromom izgorelosti znajo v stikih z drugimi bolj odločno postaviti zase. So bolj napadalnega, neredko celo arogantnega vedenja in si zaradi cinizma, ki zna hudo prizadeti druge osebe, sami sploh ne belijo glave. Povsem drugače so videti depresivne osebe. Te se znajo včasih do stanja izčrpanosti namučiti z občutki krivde in si že ob drobnih spodrseljajih do obisti natančno izprašati vest – večkrat brez pravih realnih razlogov.

Raziskave pri bolnikih s sindromom kronične utrujenosti so pokazale, da ima znižana

raven kortizola, ki se pojavlja tudi pri sindromu adrenalne izgorelosti, podobne znake kot Addisonova bolezen – utrujenost, omotičnost pri vstajanju, ortostatična tahikardija, slabost idr. (5). Pri pacientih z ortostatično tahikardijo se večkrat (napačno) diagnosticira anksiozna motnja zaradi papilacij srca, omotice, motenj koncentracije in pozornosti ter zato, ker ti pacienti ponavadi dosežejo tudi povišan rezultat na BAI-vprašalniku anksioznosti (6). Ker se pomanjkanje kortizola pojavlja pri obeh sindromih, lahko predpostavljamo, da se ortostatična tahikardija pojavlja tudi pri sindromu adrenalne izgorelosti.

Povezava z demografskimi značilnostmi

Mnogi avtorji, ki so preverili tudi povezanost demografskih značilnosti z izgorelostjo, so poročali o njihovem omejenem in nepomembnem delovanju na izgorelost. Rezultati proučevanja vpliva spola na izgorelost niso enoznačni. Medtem ko nekateri avtorji (7) ne ugotavljajo razlik v izgorelosti med spoloma, sodi Dalia Etzion (8) med avtorje, ki poročajo o pomembno višjih stopnjah izgorelosti pri ženskah. Pomembna za napoved izgorelosti so se pokazala predvsem leta delovnih izkušenj. Na splošno velja, da se starost pretežno negativno povezuje z izgorelostjo, torej, da je izgorelosti več pri mlajših ljudeh. Dejstvo pa je, da se **sindrom lahko pojavi v vseh starostnih obdobjih, pri obeh spolih in predstavnikih vseh poklicev, čeprav se zdijo nekateri poklici bolj ogrožajoči od drugih.** Zelo zanimiva in tudi pomembna ugotovitev je, da se ljudje z nižjo izgorelostjo pogosto poslužujejo raznih netekmovalnih fizičnih aktivnosti, kot so ukvarjanje s kakim konjičkom in odhodom na počitnice. Glede na biografske podatke oz. kronološko starost zdravstvenega osebjaja je pojav izgorelosti najbolj razširjen med mlajšimi osebami, najpogosteje v starostnem obdobju od 30 do 40 let. Pojav je bolj razširjen med tistimi z manj delovnih izkušenj (1, 9).

Klinične posebnosti: simptomi in znaki izgorelosti

Ko govorimo o izgorelosti, seveda ne moremo mimo znakov, po katerih jo prepoznamo. Doslej so odkrili 130 znamenj izgorevanja – od anksioznosti do spremenjene delovne vneme. Začetno stopnjo izgorelosti predstavlja fizična utrujenost in čustvena izčrpanost, ki sta posledica neuspešnih poskusov aktivnega spoprijemanja z obremenjujočimi zahtevami delovne situacije. Na tej stopnji človek lahko doživlja simptome, kot so anksioznost, napetost,

prekomerno reagiranje, kot so izbruhi jeze, razburjenost, vzdražljivost ipd. Če se neuspešno spoprijema z zahtevami še nadalje, opazimo pri človeku obrambno vedenje z različnimi spremembami v vedenju in tudi stališčih, npr. nezadovoljstvo z delom, izguba zanimanja za ljudi, s katerimi posameznik dela, in negativni občutki do sebe, izostajanje od dela, povečano uživanje drog, alkohola itd.

Raziskovalci tega pojava vse znake razporejajo nekako v pet skupin, ki jih določajo naslednje spremembe:

- čustvene motnje: nestrpnost, razdražljivost, čustvena praznina,
- kognitivne težave: raztresenost, nezmožnost ohranjanja in poglobljanja pozornosti, težave s pomnjenjem podatkov;
- telesne tegobe: motnje spanja, glavoboli, utrujenost;
- vedenjske spremembe: neprilagodljivost, cinizem v odnosu do drugih, zavračanje sprememb in izzivov;
- spremembe v motiviranosti: izguba delovne vneme, brezvoljnost, nezanimanje.

Potek: od izgorevanja do izgorelosti

Pogosto ljudje uporabljajo izraz izgorevanje, a vendarle bi bilo morda bolje reči od izčrpanosti do izgorelosti. Izgorevanje je kronični proces in poteka v zaporednih fazah: od stanja izčrpanosti, do stanja adrenalne izgorelosti, ko človek ne zmore več nobenih naporov, pojavi se občutek splošne odtujenosti od sebe in drugih.

Na prvi stopnji skuša človek uporabiti znanе strategije, da bi premagal neke povečane pritiske in stresne odzive. Lahko razvije tudi nove tehnike spoprijemanja. Če mu pritiskov ne uspe znižati, se najprej odzove čustveno in mentalno, na primer občuti jezo, frustracijo, anksioznost, strah, ima slabo koncentracijo in izgubo spomina, kasneje pa se lahko odzove tudi fizično. Nadaljnja izpostavljenost stresnim situacijam, brez ustreznega povečanja virov spoprijemanja, vodi v izčrpanost in izgorelost. Torej prepoznamo znake izčrpanega fizičnega, mentalnega in čustvenega zdravja, ki se lahko kažejo v fizičnih simptomih kronične izčrpanosti, nizke odpornosti in alkoholizma, mentalnih simptomih globokega cinizma ter vedenjskih znakov kronične odsotnosti od dela in končno lahko tudi zapustitve poklica.

Izgorelost lahko privede tudi do infarkta, možganske kapi, rakave bolezni, sistemskih bolezni ter drugih hudih akutnih telesnih težav, zelo pogosto pa do intenzivnih depresivnih in drugih psihičnih simptomov, ki utegnejo pripeljati celo do samomora. Zlom

nastopi nenadno in ga vedno spremljajo občutek hude telesne nemoči, izguba motivacije za delo in življenje, poleg tega pa še silovita, izmenjujoča se čustva jeze, besa in žalosti.

Preventiva in zdravljenje izgorelosti

V prvi vrsti bi bilo treba organizirati programe pomoči znotraj posameznih organizacij. Preventivno delovanje namreč obsega ozaveščanje in izobraževanje. Svetovna zdravstvena organizacija je izdala knjižico o primarni skrbi in preventivi z navodili zakonodajalcem za oblikovanje tovrstnih zakonov. Preventivno lahko delujejo tudi okolje, podjetja, organizacije in posamezni strokovnjaki, saj je namen preventive tudi v tem, da spoznamo, kako preprečiti izgorelost. Cilj preventive je namreč poznavanje in prepoznavanje sindroma. Zavedati se moramo, da to ni »namišljena« bolezen ali celo »neko stanje«, ampak resničen sindrom, ki ima po Mednarodni klasifikaciji bolezni oznako Z-730 (iz MBK-10) in ima težke, dolgotrajne in mnogokrat nepopravljive posledice.

V zadnjem času se zdi, da vse več medijev posveča pozornost prav tej temi. Če poznamo zgodnje znake izgorevanja, lahko z ustreznim ukrepanjem ta proces zaustavimo. V podjetjih bi bila preventiva vsekakor izobraževanje vseh zaposlenih ter analiza potreb delavcev, analiza psiholoških okoliščin dela, kako so delavci zadovoljni z delom, kakšni so odnosi in podobno. Najprej je treba človeku omogočiti, da se odmakne od situacije, ki je povzročila oz. pripeljala do izgorelosti. V prvi fazi nedvomno potrebuje mir in počitek, umirjanje telesa. Ta faza traja od nekaj tednov do nekaj mesecev, dokler posameznik ne začuti »volje do življenja« ali »volje do volje«. Ker je uspešno samo celostno zdravljenje izgorelosti, mora zdravljenje obsegati tako lajšanje simptomov kot odpravljanje psihofizičnih posledic ter nadalje posamezniku nujno omogočiti poleg medikamentne terapije tudi strokovno svetovanje ali terapevtsko pomoč. Ker ima oseba, ki izgoreva, vse več telesnih težav, navadno prejme simptomatska zdravila ter pri psihičnih težavah, kot so npr. zmanjšana koncentracija, motnje spanja, depresivni občutki in podobno, pogosto antidepressive in pomirjevala. Vendar to pogosto ni dovolj. Posameznik mora imeti možnost, da spregovori o svojih težavah, čustvih, občutkih in o sebi ter išče s pomočjo strokovnjaka nove poti.

Pojav izgorevanja med zdravstvenim osebjem

Kot najpogostejši izvor stresa v zdravniškem poklicu literatura navaja skrb za bolnika, kon-

flikte v delovni skupini, strokovno negotovost ter vse večje zahteve javnosti.

Če izvezemo dva osnovna poklica v zdravstvu, lahko na osnovi podatkov iz raziskav zaključimo, da se pojav izgorevanja pri zdravnikih v praksi običajno kaže kot mehanicistično in brezosebno ravnanje s pacienti. Drugače je pri negovalnem osebju. To izkazuje posledično več motenj delovne učinkovitosti. Zaradi izgorelosti lahko pričakujemo, da bodo pri opravljanju rednega dela bolj raztreseni, pozabljivi, neorganizirani, pri dodatnih obremenitvah pa hitreje vznemirjeni, slabše predvidljivi, hitreje utrudljivi.

Inštitut za varovanje zdravja (10) je leta 2006 ob svetovnem dnevu zdravja objavil zloženko »Izgorevanje«, ki je namenjena predvsem zdravstvenim delavcem. Slovenske zdravnike naj bi v povprečju najbolj obremenjeval natrpan urnik, splošne zdravnike predvsem zahtevnost bolnikov, psihiatre pa odnosi s kolegi. Za medicinske sestre je največji stres delo z zelo bolnimi osebami ali njihovimi svojci, delo z nemotiviranimi ali zelo zahtevnimi bolniki, pomanjkanje podpore nadrejenih in sodelavcev ter pogosto soočanje s smrtjo.

V raziskavi, v kateri je sodelovalo 1784 splošnih zdravnikov v Švici, se je pokazalo, da je imelo 33 odstotkov zdravnikov srednje, 4 odstotki pa zelo izražen sindrom izgorevanja. Indeks samomorov pri zdravnikih je v razvitih deželah trikrat višji kot v splošnem prebivalstvu, pri ženskah pa celo pet- do sedemkrat višji. V primerjavi z drugimi poklici z enako stopnjo izobrazbe je pri zdravstvenih delavcih tudi več depresije ter zlorab drog in alkohola (11). V raziskavi, v kateri je sodelovalo 594 slovenskih splošnih zdravnikov, psihiatrov in tistih zdravnikov, ki ne delajo pretežno z bolniki, se je pokazalo, da o samomoru včasih ali pogosto razmišlja približno 10 odstotkov zdravnikov, skoraj 2 odstotka zdravnikov pa je že poskušalo narediti samomor. Za kronično boleznijo trpi 30 odstotkov splošnih zdravnikov, 25 odstotkov psihiatrov in 22 odstotkov ostalih zdravnikov. Med temi boleznimi je mnogo takih, ki jih prištevamo med psihosomatske bolezni. Psihično slabo počutje se v povprečju pri vseh skupinah včasih pojavlja v obliki izčrpanosti in razdražljivosti, redkeje pa kot potrtost, brezvoljnost,

nemoč, tesnoba in osamljenost. V povprečju imajo vsi pogost občutek, da so prezasičeni z delom (12, 13).

Pri medicinskih sestrah je izgorevanje povezano z vrsto in naravo njihovega dela. Tako so študije pokazale, da je pri medicinskih sestrah, ki delajo na urgentnih oddelkih, izgorevanje veliko bolj prisotno kot pri tistih, ki delajo na intenzivnih ali internih oddelkih. Bolj obremenjene so tudi medicinske sestre, ki delajo na psihiatričnih oddelkih, v primerjavi s tistimi, ki delajo v zdravstvenih domovih.

Številni raziskovalci so si bolj ali manj enotni, da so bolj izpostavljeni mladi in neizkušeni zdravniki, še posebno tisti, ki opravljajo obremenilna dela, ki pa jih ne izpolnjujejo z občutji učinkovitosti in smiselnosti dela, oz. tisti, ki nasploh niso zadovoljni s poklicno izbiro ali doživljajo svoje osebno življenje kot neizpolnjeno (14). Glede na vrsto oz. specialistično področje dela obstajajo podatki, da kljub visoki stopnji obremenjenosti (kirurške stroke, onkologija, reanimacija itd.) na določenem mestu ni mogoče najti odgovarjajočih povezav s stopnjo izgorelosti. Zadovoljstvo z delom, možnost intelektualnega izziva pri delu, izkazana pripravljenost za pomoč, opora pri kolegih, dobri odnosi z bolniki in njihovimi svojci so za zdravnika zaščitnega pomena (podobno kot urejenost, nekonfliktnost partnerskih odnosov, ustrezna izraba časa, medosebni stiki z osebami drugih poklicnih skupin, torej dejavniki osebnega življenjskega sloga in navad) tudi tedaj, ko gre za visoko stopnjo obremenjenosti.

Ramirez in sodelavci (15) celo menijo, da so izgorevanju med zdravniki bolj izpostavljeni specialisti, pri katerih so delovna prizadevanja manj vidna, kjer je manj hvaležnosti bolnikov in ugodnih terapevtskih učinkov in kjer je zdravnik kot posameznik s svojimi prizadevanji skrit v skupini drugih strokovnjakov ali nima neposrednih stikov z bolnikom in dobiva tudi zato manj povratnih informacij (prikrašan za pohvale, občutja uspeha, tudi za intelektualni izziv in možnost samopreverjanja). Tak je po mnenju avtorjev položaj radiologov in anesteziologov. Prvi izkazujejo nižji obseg stresne izčrpanosti, vendar podobno kot anesteziologi, pri katerih je stopnja stresne izčrpanosti višja, nižji obseg zadovoljstva pri delu.

Pogosto so prikrajšani za bolnikove izraze hvaležnosti, enak odnos pa doživljajo tudi pri kolegih. Razen tega svojega dela pogosto ne morejo načrtovati in ga tudi pogosto ne morejo odložiti oz. ga morajo opraviti nemudoma. Za vsa ta področja dela pa velja, da je obremenjenost navadno višja in zadovoljstvo pri delu toliko nižje, če je zdravnik neprestano obdan z agresivnimi, zahtevnimi, nekritičnimi, manipulativnimi bolniki. Težje vodljivi bolniki, tisti s slabšimi možnostmi za ozdravitev in umirajoči navadno znatno spodjedajo zdravnikove energetske zaloge ter ga prej porinejo v stanje izgorevanja oz. izgorelosti. Zlasti usodno je lahko nesorazmerje med lastno veličinsko predstavo, samozaverovanostjo ter doživljanjem poklicne in osebne nemoči na drugi strani (14).

Namesto zaključka: In kaj lahko storimo?

Če se znaki izgorelosti pojavljajo dalj časa ali se stopnjujejo, če so prisotne osebne okoliščine, ki pomenijo večje tveganje, na primer depresivnost kot osebnostna poteza, ranljivost, vestnost, storilnostno pogojena samopodoba, in občutek nemoči, je treba poiskati strokovno pomoč. Pomembno se je tudi odstraniti iz okolja in okoliščin, ki povzročajo izčrpanost, kar pa ni vedno lahko. Ljudje pogosto ostajajo na delovnem mestu in njihova izčrpanost se stopnjuje.

Res so ena izmed okoliščin, ki pripeljejo do izgorevanja, predvsem **odnosi, tj. odnosi na delu in odnosi z družbenim okoljem, vendar so tu še druge psihološke okoliščine dela, npr. delovne obremenitve, kakšen nadzor imamo nad delom, kako se nagrajuje opravljen delo, pravičnost in vrednote. Zelo slabo je, če ljudje ne morejo vplivati na izbor delovnih postopkov in na to, kako hitro mora biti delo opravljeno.** Vse to veliko pove o neskladju med pristojnostmi zaposlenih, ko gre za vpliv na lastno delo, in pričakovanji delodajalcev. Naučiti se je treba strategij, kako uveljaviti svoje potrebe in svoje pravice in spreminjati situacije, če pa to ne gre, kako iz njih izstopiti in jih zapustiti. Ali pa se pogajati, kar je najpomembnejša strategija v takšnih delovnih situacijah, a pri nadrejenih še vedno sprejeta kot tuja in nezaželena. ■

Gino Strada: Zeleni papagaji

Kronika vojnega kirurga

»Vojne ni mogoče počlovečiti, lahko jo le odpravimo,« pravi Albert Einstein.

V oktobru je pri založbi Sanje v zbirki Dokumenta izšla knjiga italijanskega zdravnika Gina Strade s podnaslovom Kronika vojnega kirurga. Izid knjige je finančno podprlo italijansko Ministrstvo za zunanje zadeve. Knjigo, ki je prvič izšla v Milanu leta 1999 in doživela nad 35 izdaj že v izvorniku, je iz italijanščine prevedla Alenka Možina. Spremno besedo je napisal Dušan Jelinčič (tržaški Slovenec, pisatelj, novinar, himalajec, pacifist, ki je prejel za svoja dela številne nagrade, njegova dela v slovenščini so doživela največ prevodov v tuje jezike). Knjigo so prevedli v številne tuje jezike (40). Izdali so jo tudi v ZDA, kjer je prebudila in aktivirala množice proti vojni v Iraku.

Avtor knjige pravi, da ni pisatelj, zato je svoje spomine o dogodkih, ljudeh, mislih in občutkih nanizal v obliki dnevniških zapisov. Kratke zgodbe si ne sledijo kronološko, niti geografsko ali tematsko. So prebliski, ki so spravljeni v spominu doživitega, ki se znova in znova vračajo v zavedni spomin in opomin, da so prav vse vojne grozodejstva in da ne smemo odvrniti pogleda in svoje pomoči od ljudi in obrazov, ki tiho trpijo ujeti v svojo usodo bivanja, ki jo krojijo »mogočniki«, »pravičniki«, zagovorniki »svobode« in »demokracije«, svetovni »varuhi« miru, reda in blagostanja. So cilji res opravičilo za vojaške posege, ki v svetu vedno znova nadvladajo kulturi pacifizma.

Drobne zgodbe v knjigi nazorno prikazujejo stanje in razmere v posameznih kriznih žariščih po svetu. Vsaka nosi svoje sporočilo. Pretresljive so zgodbe o otrocih, žrtvah protipehotnih min ruske, ameriške, italijanske, kitajske izdelave. Mine z

imenom PFM-1, ki so jih domačini poimenovali zeleni papagaji, so podobne igračam. Desetcentimetrski zeleni tulec aerodinamične oblike, opremljen s krilci, vzbuja pri otrocih zanimanje, z njimi se igrajo, jih s polj in travnikov prinesejo domov, svojim prijateljem. Do nesreče ni več daleč. Zeleni papagaji so povzročili na tisoče smrtnih žrtev med otroki, na tisoče ranjenih, slepih, pohabljenih.

Kakšen je um inženirjev, ki načrtujejo te zahrbtno ubijalske »igračke«, tistih kemikov, ki nadaljujejo uresničitev njihovih zamisli, ter strategov in politikov, ki omogočijo uporabo teh izdelkov izprijenega uma? In kako »sladek« je kruh delavcev v tovarnah orožja, ki imajo prav tako svoje otroke, svoje družine?

V raznih deželah sveta je raztrošenih po bolj ali manj obljudenih krajih nad deset milijonov zelenih papagajev, ki bodo ubijali in pohabljali še veliko let. Rastrosili so jih kot reklamne letake, ki vabijo na cirkuško predstavo. Strada pravi, da gre za novo grozljivo bolezen protipehotne mine, ki se prenaša s staršev na otroke, kot bi bila dedna: oče je oslepel, sin je brez noge, njegova naloga je, da ga kot slepca vodi. Za naslednjo

generacijo nihče ne ve, s kakšnimi posledicami se bo morala soočiti.

V kratkih zgodbah najdemo prikaz velikih tragedij, kot je npr. genocid Kurdiv v Iraku in Tutsijev v Ugandi. Nazorno doživimo tragedije, ki jih ne morejo predstaviti razni uradni izsledki in poročila. Zanimiva je bila izjava Sadama Husaina ob umiku iraških sil s kurdskega ozemlja: »Umaknili smo se, naša vojska pa je še vedno tam«. Pri tem je mislil na številne protipehotne mine, raztrošene po ozemlju, kjer živijo Kurdi. Tako se ponavlja mrtvaški obred bednih ljudi, ki jih »nevidna vojska« trga na kosce.

Pri prebiranju knjige začutimo vso shrlijivost dogajanja in sočasno tudi človeškost povsod tam, kjer je razčlovečenje največje.

Posebna zgodba je namenjena ostrostrelskim akcijam v Sarajevu. V nekem intervjuju so vprašali ostrostrelko, zakaj je ustrelila šestletnega dečka, ki se je sankal v bližini bolnišnice. Hladno je odgovorila, da bi bil otrok čez dvajset let star šestindvajset let. »Hlad postaja gostejši, zazebe te pri srcu. Intervju se konča, ni več možnih vprašanj...«

Naj omenim še zadnjo zgodbo, ki je pravzaprav posvetilo njegovi ženi. Tako piše: »Rad bi, da bi vedela, da so me v teh dolgih letih, v vsakem trenutku, tudi kadar sem se počutil zadovoljnega-neodvisnega-samostojnega-samouresničenega..., vedno zvesto spremljali kanček otožnosti, velika mera domotožja, kopica očitkov. Večkrat sem se počutil kakor tat, goljuf.

Hodil sem naokrog in skrbel zase in za čudne ljudi s turbanom in mandeljnatimi očmi, otroke drugih ljudi, za neznance, ki sem jih zdravil, ker je bilo treba, a morebiti predvsem v lastno zadoščenje.

Če bi se lahko vrnil nazaj, bi ponovil skoraj vse. Rad bi le, da bi mi v vsakem od teh številnih krajev, polnih trpljenja, ki sem jih obiskal na svoji poti, vedno stala ob strani ona. Da bi mi svetovala, mi preprečila



marsikatero napako, delila z mano pomembne trenutke, ki bi le z njeno navzočnostjo postali neponovljivi.«

Nevarnosti, borbe, iznajdljivost, upornost, požrtvovalnost vseh zdravstvenih delavcev so stalnica v njihovem delovanju. Strada pravi, da je njihovo delovanje manj kot kapljica v morje. A Howard Zinn, ki je izdal prevod Stradove knjige v ZDA in napisal knjigo *Just War*, pravi, da je knjiga zdravnika opomnik in klic k akciji. Ob njej ne more nihče ostati ravnodušen. Treba se je odločiti, v kakšnem svetu želimo živeti. »Ko si enkrat na vlaku, ki se premika v določeno smer, je težko ostati nevtralen...«

Zavedati se je treba, da je vojna nediskriminatorno in množično pobijanje človeških bitij. »Vojne ni mogoče počlovečiti, lahko jo le odpravimo,« pravi Albert Einstein.

Gino Strada je zaključil študij medicine v Milanu leta 1978. Postal je srčni kirurg. Leta 1989 se je pridružil Rdečemu križu in deloval kot kirurg v spopadih v raznih delih sveta: v Afganistanu, Pakistanu, v Etiopiji, Ruandi, v Peruju, Somaliji, Bosni, Kambodži, Nikaragvi, Iraku. Pod okriljem Rdečega križa je deloval do leta 1994, ko je s somišljeniki in sodelavci ustanovil italijansko neodvisno, nepolitično in neprofitno institucijo Emergency. Zavzema se

za kulturo solidarnosti, nenasilja in za spoštovanje človekovih pravic. Nudi brezplačno in kakovostno zdravstveno oskrbo civilnim žrtvam vojnih razmer, pehotnih min in revščine. V letih svojega obstoja je nudila in trinajstih državah brezplačno pomoč skoraj trem milijonom žrtev vojn, protipehotnih min in revščine.

Odkar je bil operiran na srcu (štirje obvodi), ne operira več, pač pa skrbi za organizacijo.

Opozarja nas, da pomeni npr. vojaška operacija z visoko donečim nazivom *Endurin Freedom*, pravo zasmehovanje žrtev, saj bombe prinašajo smrt in ne svobode. Opominja nas, da je treba vselej podvomiti v koristnost posegov na ozemlju suverenih držav, da se je treba vedno zamisliti nad gesli, kot sta »mirovna misija« ali »humanitarni poseg«, saj nas lahko zavedejo s svojo zahrbtno ostjo.

Gino Strada nas spomni, da je bilo v prvi svetovni vojni med žrtvami največ 10 odstotkov civilnih žrtev. V drugi svetovni vojni je bil delež civilnih žrtev 65 odstotkov. V sedanjih morijah po svetu je civilnih žrtev več kot 90 odstotkov. V Kabulu jih je bilo kar 97 odstotkov, od tega 34 odstotkov otrok, mlajših od 14 let.

Organizacija Emergency je v Italiji sprožila obsežno kampanjo za prepoved pehotnih min. Akcija je doživela vrhunec leta 1997, ko so Ita-

lijani svojemu predsedniku poslali nad milijon razglednic, na katerih so bile fotografije otrok s poškodbami, ki so bile posledice protipehotnih min. Še istega leta je italijanski parlament sprejel zakon, ki prepoveduje proizvodnjo, uporabo, uvoz in izvoz protipehotnih min.

Organizacija Združenih narodov je bila ustanovljena z namenom preprečevanja vojn. Je to realno pričakovati, saj v njenem najvišjem izvršilnem organu, Varnostnem svetu, sedijo kot stalni predstavniki ZDA, Kitajska, Rusija, Francija in Velika Britanija, ki imajo v rokah tri četrtine svetovnega trga z orožjem, na katerem temelji znaten del njihovega gospodarstva.

Knjiga *Zeleni papagaji – Kronika vojnega kirurga* je bila podlaga dokumentarnih filmov »Jung in the Land of Mijaheedin« in »Afganistan 1380«.

Leta 1999 je za knjigo prejel mednarodno nagrado Viareggio – Versilia, imenovano golobica miru. Leta 2002 so dr. Strado nominalni za Nobelovo nagrado za mir za zasluge v Afganistanu.

Od leta 2007 deluje skupina Emergency tudi v Sloveniji, kar pomeni, da lahko država v vojni napravi še kaj drugega, kot da pošlje tja le vojake. ■

Majda Kurinčič Tomšič

Spoštovani bralci Izide

Kot smo napovedali v obvestilu, objavljenem v nekaj zadnjih številkah naše stanovske 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

Slovenska predstavnica za naj Evropejko 2008 zdravnica Darija Mateja Strah

Evropejka leta Monica Macovei

Sonja Ramšak

Letos 12. novembra je gospod Hans-Gert Pöttering, predsednik Evropskega parlamenta, slovesno razglasil zmagovalko izbora za naj Evropejko leta 2008. Za osvojitev te prestižne nagrade se je med 12 kandidatkami potegovala tudi slovenska predstavnica, ginekologinja Darija Mateja Strah, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, ki je prejela številne pohvale žirije.

Slovenija je letos sodelovala prvič. Našo predstavnico je 1. julija 2008 izbrala nacionalna žirija med tremi kandidatkami. O zmagovalki je odločala »Evropska žirija za izbor naj Evropejke leta 2008«, katere članica je bila tudi dr. Romana Jordan Cizelj, slovenska poslanka v Evropskem parlamentu.

Izbor pod pokroviteljstvom Evropskega parlamenta je organiziralo mednarodno združenje

za promocijo žensk v Evropi – »International Association for the promotion of Women of Europe« (AIPFE), s sedežem v Bruslju. Združenje je bilo ustanovljeno leta 1987. Predsednica združenja je gospa Rodi Kratsa Tsagaropoulou, grška poslanka v Evropskem parlamentu. Več informacij lahko dobite na njihovi spletni strani: <http://aipfe.net/5-hwr-structure.html>.

Zmagovalka Monica Macovei je nekdanja romunska ministrica za pravosodje, ki je v EU veljala za motor romunskega boja proti kriminalu in korupciji.

Slovenska predstavnica Darija Mateja Strah, dr. med., je zaposlena v ginekološki ambulanti in ambulanti za ultrazvok v nosečnosti v Zdravstvenem domu Domžale, kjer se poleg rednega dela porodništva in ginekologije poglobljeno ukvarja z ultrazvočno diagnostiko in vodenjem ploda, nosečnic in žena v rodnem obdobju in menopavzi, z odkrivanjem rakavih boleznih na rotilih in dojki ter zdravljenjem osteoporoze. Je

edina slovenska ginekologinja in porodničarka, ki je oblikovala prosto dostopno spletno stran www.moja-ginekologinja.net. V človekoljubnem konceptu zasnovana spletna stran nudi avtorske vsebine s področja kontracepcije in ultrazvočnih pregledov.

Evropski prispevek Darije Strah je aktivno delovanje na področju odkrivanja kromosomskih, genetskih in strukturnih napak pri plodu ter vodenja bolezenskih stanj ploda in nosečnice, opravila pa je tudi mednarodno licenco za ultrazvočno odkrivanje Downovega sindroma - merjenje nuhalne svetline ter morfološki pregled ploda. Njeno delo »Ocena uspešnosti odkrivanja kromosomskih nepravilnosti pri plodu v ambulanti za UZ Domžale v časovnem obdobju od leta 1999 do 2006« je bilo predstavljeno tudi na 5. svetovnem kongresu fetalne medicine v Barceloni junija 2006. Odkrivanje je bilo ocenjeno kot izjemno uspešno. ■



Kandidatke oz. predstavnice, slikane skupaj s predsednikom Evropskega parlamenta. Darija Mateja Strah je druga z leve.

Opravljani specialistični izpiti

Petra Bogovič, dr. med.,
specialistka infektologije,
izpit opravila s pohvalo 27. 11. 2008

Aleš Grošelj, dr. med.,
specialist otorinolaringologije,
izpit opravil 20. 11. 2008

Petra Jelenko Roth, dr. med.,
specialistka psihiatrije,
izpit opravila 12. 11. 2008

Asist. dr. **Sara Korošec**, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila s pohvalo 4. 11. 2008

Melita Marolt, dr. med.,
specialistka fizikalne in rehabilitacijske
medicine, izpit opravila 26. 11. 2008

Martina Merše, dr. med.,
specialistka pediatrije,
izpit opravila 24. 11. 2008

Mag. **Gordan Mijovski**, dr. med.,
specialist anesteziologije, reanimatologije in
perioperativne intenzivne medicine,
izpit opravila 11. 11. 2008

Andrej Repež, dr. med.,
specialist plastične, rekonstrukcijske in estet-
ske kirurgije,
izpit opravil 17. 11. 2008

Karolina Rode Ponikvar, dr. med.,
specialistka anesteziologije, reanimatologije in
perioperativne intenzivne medicine,
izpit opravila s pohvalo 25. 11. 2008

Asist. **Tomaž Smrkolj**, dr. med.,
specialist urologije,
izpit opravil s pohvalo 17. 11. 2008

Domagoj Šalinovič, dr. med.,
specialist radiologije,
izpit opravil 13. 11. 2008

Lea Žmuc Veranič, dr. med.,
specialistka psihiatrije,
izpit opravila s pohvalo 18. 11. 2008

Izvolitve in pridobljeni doktorski in magistrski naslovi

Na seji senata Medicinske fakultete v Ljubljani 29. septembra 2008 so bili izvoljeni v naziv

izr. prof. dr. **Peter Černelč**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv izrednega profe-
sorja za področje interna medicina

doc. dr. **Janez Fischinger**, dr. med.,
dr. dent. med.
– ponovna izvolitev v naziv docenta za
področje otorinolaringologija

doc. dr. **Janja Jan**, dr. dent. med.
– ponovna izvolitev v naziv docentke za po-
dročje zobne bolezni in normalna morfologija
zobnega organa

asist. **Franc Anderluh**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje onkologija in radioterapija

asist. dr. **Barbara Artnik**, dr. dent. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje javno zdravje

asist. mag. **Marjeta Blinc Pesek**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje psihiatrija

dr. **Ilonka Ferjan**, mag. farm.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje farmakologija in eksperimentalna
toksikologija

asist. **Daniel Globokar**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje fizikalna in rehabilitacijska medicina

asist. mag. **Matjaž Homan**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje pediatrija

asist. **Darinka Klančar**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje družinska medicina

asist. dr. **Primož Kotnik**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje pediatrija

asist. mag. **Dimitrij Kuhelj**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje radiologija

asist. dr. **Helena Lenasi**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje fiziologija

asist. dr. **Marta Macedoni Lukšič**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje pediatrija

asist. mag. **Primož Novak**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje fizikalna in rehabilitacijska medicina

asist. dr. **Čedomir Oblak**, dr. dent. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje stomatološka protetika

asist. dr. **Irena Oblak**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje onkologija in radioterapija

asist. dr. **Alenka Pavlič**, dr. dent. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za po-
dročje otroško in preventivno zobozdravstvo

asist. dr. **Boštjan Salobir**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistenta za po-
dročje interna medicina

asist. dr. **Špela Smrkolj**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje ginekologija in porodništvo

asist. mag. **Lili Steblovnik**, dr. med.
– ponovna izvolitev v naziv asistentke za
področje ginekologija in porodništvo

mag. **Urška Dolores Breskvar Kač**, dr. med.
– izvolitev v naziv asistentke za področje
interna medicina

Igor Frangež, dr. med., dr. dent. med.
– izvolitev v naziv asistenta za področje
kirurgija

Marco Gergolet, dr. med.

– izvolitev v naziv asistenta za področje ginekologija in porodništvo

Nebojša Glumac, dr. med.

– izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

Helena Jamnik, dr. med.

– izvolitev v naziv asistentke za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina

Rado Janša, dr. med.

– izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina

Jakob Koren, dr. med.

– izvolitev v naziv asistenta za področje ginekologija in porodništvo

Jana Krapež, dr. dent. med.

– izvolitev v naziv asistenta za področje zobne bolezni in normalna morfologija zobnega organa

Živa Mrevlje, dr. med.

– izvolitev v naziv asistentke za področje interna medicina

dr. Andreja Pikelj Pečnik, dr. med.

– izvolitev v naziv asistentke za področje infekcijske bolezni in epidemiologija

dr. Tatjana Pokrajac, dr. med.

– izvolitev v naziv asistentke za področje javno zdravje

Mateja Pirš, dr. med.

– izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

dr. Ana Župunski, dr. med.

– izvolitev v naziv asistentke za področje interna medicina

Na seji senata Medicinske fakultete v Ljubljani 17. novembra 2008 so bili izvoljeni v naziv

izr. prof. dr. **Ljubo Marion**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje stomatološka protetika

doc. dr. **Bojan Vrtovec**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje interna medicina

doc. dr. **Nikola Bešič**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija

doc. dr. **Vesna Novak Jankovič**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje anesteziologija z reanimatologijo

asist. dr. **Tanja Kersnik Levart**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje pediatrija

asist. dr. **Jure Derganc**, univ. dipl. fiz. – izvolitev v naziv docenta za področje biofizika

asist. mag. **Robert Blumauer**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

asist. mag. **Tomaž Jurca**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje infekcijske bolezni in epidemiologija

asist. dr. **Jurij Matija Kališnik**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

asist. dr. **Veronika Križan Hergouth**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

dr. **Anamarija Meglič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija

asist. mag. **Primož Petrič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje onkologija in radioterapija

asist. dr. **Boris Vodopivec**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje patologija

Alenka Andlovic, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

Marja Furlan, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

Monika Jevšnik, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

Viktor Jovič, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje patologija

Rok Kogoj, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistenta za področje mikrobiologija in imunologija

Andreja Nataša Kopitar, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

mag. **Tina Močilnik**, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

strok. svet. dr. **Mateja Poljšak Prijatelj**, univ. dipl. biol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

znanst. sod., strok. svet. dr. **Saša Simčič**, univ. dipl. kem. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

mag. **Vladimir Senekovič**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

Miha Skvarč, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje mikrobiologija in imunologija

Katja Strašek Smrdel, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

mag. **Barbara Šoba**, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

strok. sod. **Nataša Švent Kučina**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

dr. **Manca Tekavčič Pompe**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje oftalmologija

Doktorski naziv so dosegli:

dr. **Slavko Čeru**, dr. vet. med.

Naslov: »Mehanizem citotoksičnosti prefibrilarnih agregatov stefina B in njegovih izbranih mutant v razmerah *in vitro/ex vivo*«

Mentor: doc. dr. Eva Žerovnik

Somentor: prof. dr. Vito Turk

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 21. 7. 2008

asist. dr. **Nada Kecelj Leskovec**, dr. med.

Naslov: »Hitrosti celjenja venskih golenjih razjed, ki so izmerjene z večlinijskim laserskim merilnikom in vplivi nekaterih dejavnikov tveganja«

Mentor: prof. dr. Tomaž Lunder

Področje: medicinske vede

Zagovor: 24. 7. 2008

dr. **Cristina Gabriela Pinto Droga Mazovec**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Vloga cisteinskih katepsinov pri uravnavanju aktivnosti onkogenega Bcl-2 in njegovih homologov pri apoptozi«

Mentor: prof. dr. Boris Turk

Področje: biomedicina – biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 25. 8. 2008

dr. **Jožica Vašl**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Funkcija proteina MD-2 pri odzivu na bakterijski endotoksin«

Mentor: prof. dr. Roman Jerala

Področje: biomedicina – biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 26. 8. 2008

dr. **Uroš Logonder**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Interakcija nevrotoksične fosfolipaze A₂ s presinaptično membrano«

Mentor: prof. dr. Igor Križaj

Področje: biomedicina – biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 29. 8. 2008

dr. **Špela Peternel**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Nastanek in lastnosti neklasičnih inkluzijskih teles v bakteriji *Escherichia coli*«

Mentor: prof. dr. Radovan Komel

Področje: biomedicina – biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 1. 9. 2008

dr. **Minca Voje**, dr. med.

Naslov: »Primerjava ropivakaina s standardnimi analgetskimi mešanici za lajšanje pooperativne bolečine«

Mentor: prof. dr. Aleksander Manohin

Področje: medicinske vede

Zagovor: 22. 9. 2008

asist. dr. **Rok Schara**, dr. med.

Naslov: »Možnosti magnetno resonančne-ga slikanja za razpoznavo vnetja obzobnih tkiv pri ljudeh«

Mentor: prof. dr. Uroš Skalarič

Področje: stomatološke vede

Zagovor: 9. 10. 2008

asist. dr. **Mojca Grošelj Grenc**, dr. med.

Naslov: »Izraženost levkocitnih površinskih molekul CD64 in CD163 pri sepsi kritično bolnih novorojenčkov in otrok«

Mentor: prof. dr. Metka Derganc

Somentor: prof. dr. Alojz Ihan

Področje: medicinske vede

Zagovor: 16. 10. 2008

dr. **Matevž Gorenshek**, dr. med. in dr. vet. med.

Naslov: »Ugotavljanje uspešnosti presaditve celic elastičnega hrustanca v področje pulpoznega jedra medvretenčne ploščice«

Mentor: prof. dr. Vinko Pavlovčič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 10. 2008

asist. dr. **Borut Škodlar**, dr. med.

Naslov: »Fenomenološka analiza razlogov za samomorilnost pri bolnikih s shizofrenijo«

Mentor: prof. dr. Martina Tomori

Somentor: prof. dr. Josef Parnas (Univerza v Københavnu)

Področje: medicinske vede

Zagovor: 22. 10. 2008

dr. **Zvezdana Snoj**, dr. med.

Naslov: »Prepoznavanje depresivnosti in anksioznosti pri bolnicah z rakom dojke«

Mentor: prof. dr. Maja Primic Žakelj

Somentor: doc. dr. Milan Ličina

Področje: medicinske vede

Zagovor: 23. 10. 2008

dr. **Tina Šolar**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Uravnavanje metabolizma na ravni 6-fosfofrukto-1-kinaze pri glivi *Aspergillus niger*«

Mentor: prof. dr. Matic Legiša

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 24. 10. 2008

dr. **Vojka Gorjup**, dr. med.

Naslov: »Nenadni srčni zastoj pri bolnikih z akutnim srčnim infarktom in dvigom spojnice ST«

Mentor: prof. dr. Marko Noč

Področje: medicinske vede

Zagovor: 27. 11. 2008

dr. **Hojka Gregorič Kumperščak**, dr. med.

Naslov: »Osebe z metakromatsko levkodistrofijo kot model za študij psihotičnih motenj«

Mentor: doc. dr. Blanka Kores Plesničar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 3. 12. 2008

Magistrski naziv so desegli:

mag. **Urška Bregar**, dr. med.

Naslov: »Hemodinamski učinki statinov pri bolnikih s periferno arterijsko boleznijo«

Smer: biomedicina – medicina

Mentor: prof. dr. Pavel Poredoš

Področje: medicinske vede

Zagovor: 19. 9. 2008

mag. **Anita Resman Gašperšič**, dr. med.

Naslov: »Elektrofiziološka preiskava freničnih živcev in trebušne prepone«

Smer: biomedicina – medicina

Mentor: doc. dr. Simon Podnar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 6. 11. 2008

mag. **Alenka Ličar**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Priprava in funkcionalna karakterizacija fuzijskih beljakovin med zeleno, rumeno ali svetlomodro fluorescenčno beljakovino in receptorjem za glukagonu podobni peptid-1«

Smer: biomedicina – biokemija in molekularna biologija

Mentor: doc. dr. Aljoša Bavec

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 12. 8. 2008



Obravnava kronične vnetne črevesne bolezni

Ena najtežjih bolezni z nepredvidljivim izidom

Tatjana Puc Kous

Z našim načinom dela smo dosegli zaupanje zdravnika v bolnika in v njegovo poznavanje lastne bolezni. Bolniki so dobro poučeni o svoji bolezni in vseh bolezenskih znakih, tudi izvenčrevesnih simptomih in zapletih. Poudarek je na vodenju bolnika pri izbranem gastroenterologu in poznavanju bolnika kot celote, ter na stalnem nadzoru nad bolnikovim bolezenskim stanjem, s čimer smo dosegli zaupanje bolnika v zdravnika.

Ulcerozni kolitis in Crohnova bolezen ter intermediarni sindrom so bolezni, ki jih uvrščamo med kronične vnetne bolezni črevesja in še vedno naraščajo. Pogostnost obolenja je visoka v severni Evropi, vendar narašča vse bolj tudi na jugu Evrope. Incidenca v Evropi se giblje od 75 do 215 bolnikov na 100.000 prebivalcev. Slovenija leži v srednji Evropi in tudi pojavnost je nekje v sredini, okrog 100 bolnikov na 100.000 prebivalcev. Zbolevalo najpogosteje okrog 20. leta starosti, vendar narašča število zbolelih otrok. Torej najbolj zboleva najaktivnejša populacija. Enakomerno zbolijo ženske in moški. Pred leti so zboleli pogosteje za ulceroznim kolitisom, sedaj pogosteje za Crohnovo bolezen, tako da je enakomerno število bolnikov z obema boleznima, pojavlja pa se vse več intermediarnega sindroma (10 odstotkov), ki ima v svoji histološki sliki elemente tako ene kot druge bolezni in se klinično kasneje lahko razvije v tipične slike ulceroznega kolitisa ali Crohnove bolezni. Eozinofilni kolitis, mikroskopski kolitis in solitarni ulkus so bolezni, ki so še v raziskovanju in še do danes niso opredeljene kot kronične vnetne bolezni, vendar imajo bolniki kronične težave.

Pomurska regija je obsežna po površini, saj zajema področje občin Gornja Radgona, Apače, Radenci, Ljutomer, Murska Sobota, Lendava, Martjanci, Grad, Cankova, Bodonci, Črenšovci, Dobrovnik, Gornji Petrovci. Cestno je dobro prepletena in komunikacijsko povezana z vsemi sosednjimi pokrajinami, vendar so razdalje do središč relativno velike. V pretežno

kmetijsko usmerjeni regiji živi okrog 120.000 prebivalcev.

Gastroenterološki oddelek je v splošni bolnišnici v Rakičanu ob Murski Soboti, kjer delujejo trije gastroenterologi internisti, dodatno pa deluje en gastroenterolog internist v regiji kot zunanji specialist koncesionar v Radencih. Štirje gastroenterologi vodijo glavno bolnikov s KVČB, nekaj jih vodijo infektologi in nekaj kirurgi. Pediatrični bolniki so vodeni pri pediatrih, usmerjenih v gastroenterologijo, v UKC Maribor. V pomurski regij za bolnike s KVČB ob družinskih zdravnikih skrbimo štirje gastroenterologi, v gastroenterologijo usmerjeni pediater pa je trenutno še na usposabljanju.

Od leta 1996 sem ambulantni internist gastroenterolog koncesionar v Radencih. V naši ambulanti imamo registriranih 127 bolnikov s KVČB, kar je glavina zbolelih pomurske regije. Nimam podatkov, koliko je zavedenih pri ostalih gastroenterologih. Bolniki se zdravijo ambulantno in občasno v bolnišnici, tako da so zavedeni v vseh institucijah. Pravega registra še nimamo, ker ga tudi zakon o varovanju osebnih podatkov ne dovoljuje. Pri nas je zavedenih trenutno 127 bolnikov s KVČB, od tega z ulceroznim kolitisom 58 in Crohnovo boleznijo 69 ter dva bolnika z eozinofilnim kolitisom, štirje s solitarnim ulkusom, šest z intermediarnim sindromom, trije bolniki pa histološko nimajo opredeljene bolezni. S celiakijo se pri nas zdravi 28 odraslih bolnikov, od tega 20 žensk in osem moških, medtem ko je med bolniki s KVČB enako število žensk in moških. Po tem izračunu je v Pomurju pogostnost KVČB najmanj 100 na 100.000 prebivalcev. Verjetno je zbolelih še več, vendar nimamo podatkov o bolnikih, ki se zdravijo pri drugih gastroenterologih. Nekaj bolnikov je še neodkritih, predvsem pri otrocih in pri bolnikih z boleznijo tankega črevesja, ker je pri teh klinična slika lahko netipična in zabisana.

Narava bolezni je takšna, da je potek nepredvidljiv. Menjajo se obdobja, ko se bolnik počuti relativno dobro in je brez težav, in obdobja poslabšanja bolnikovega stanja. Zato

smo se odločili, da bomo bolnike vodili na svojstven način.

Bolnika s potrjeno boleznijo registriramo v naši ambulanti in ob prvem pregledu določimo kombinacijo zdravil za čimprejšnje doseganje stanja brez težav. Torej do remisije simptomov, ko je bolnik brez bolečin, vročine in z odvajanjem, ki mu ne ovira vsakodnevnih aktivnosti. Bolnikom določimo stanje prehranjenosti, zalogo železa in odredimo, če je potrebno, tudi enteralno hrano in vitaminske dodatke. V začetnem obdobju so bolniki pogosto na kontrolah in v telefonskem stiku. Vidimo ali slišimo se vsakih 14 dni, odvisno od uspeha terapije. Ko dosežemo umiritev kliničnih znakov in uspemo doseči stabilno terapijo, naročamo bolnika na daljše obdobje – mesec dni. Ko je dosežena vzdrževalna terapija, ki je za bolnika najbolj optimalna, da so simptomi bolezni vodljivi, ga naročimo na obdobje pregledov na pol leta.

V obdobju poslabšanj so bolniki ponovno na pregledih vsak drugi teden s pogostimi kontrolami krvi in zelo pomemben je klinični pregled. Pomagamo si z ultrazvokom trebuha, naročimo rentgenske posnetke tankega črevesja, magnetno resonanco trebuha, ponovimo kolo-skopijo, vedno pa ob kontroli ponavljamo ultrazvok trebuha. Ugotavljamo, da z ultrazvokom lahko vidimo zadebeljene stene še neodkritih sprememb na tankem črevesju, možno je videti tudi poslabšanja že prisotnih in znanih zožitev črevesja, ker je oteklina stene črevesja dobro vidna z ultrazvokom. Vidni so tudi abscesi, ki so lahko prikriti, in pri ženskah razne spremembe na rodilih, ki pomembno vplivajo na simptome črevesja. Po umiritvi bolezenskih znakov bolnika ponovno naročamo na daljše obdobje pregledov na tri do šest mesecev.

Če je bolnik popolnoma brez simptomov, se lahko naroči še na daljše obdobje ali se javi samo telefonsko, vendar imajo vsi možnost, da ob ponovnem poslabšanju takoj pokličejo v našo ambulanto. Takrat po telefonu spremenimo terapijo in določimo, da najkasneje v nekaj dneh pride na pregled. Tako smo se izognili hudim poslabšanjem, zato so bolniki zelo redko v bolnišnici. Skoraj praviloma samo

ob zožitvah črevesja, ko je potreben kirurški poseg ali parenteralna prehrana. Dosegli smo dobro sodelovanje bolnikov, njihovo dobro opazovanje lastnih simptomov in zelo dobro poznavanje bolezni. S tem je njihova bolezen boljše vodljiva in klinični potek je boljši, z manj poslabšanj. Zato so bolniki tudi manjkrat v bolnišnici, vendar nimam vtisa, da bi se zmanjšalo tudi število operativnih posegov zaradi zožitev ozkega črevesja.

Pri strategiji obravnave bolnika s KVČB v naši ambulanti je ključno naslednje:

- Da **bolnike vodi izbrani gastroenterolog**, ki je vedno dosegljiv za **telefonsko posvetovanje** ob poslabšanjih.
- Da so bolniki **naročeni na preglede**, s čimer se vzdržuje nenehen nadzor nad bolezenskim stanjem. Naročamo jih na **redne** in na **obdobne kontrole**. Na redne kontrole, na 14 dni ali največ na tri mesece, naročamo bolnike ob poslabšanju in bolnike, ki jemljejo glukokortikoide ali imunosupresivno terapijo. Na **obdobne kontrole**, na šest mesecev ali več, naročamo bolnike v remisiji.
- Da uporabljamo ultrazvok trebuha ob kontrolnih pregledih za lažje odkrivanje sprememb na ozkem črevesju.

S tem smo dosegli zgodnje odkrivanje sprememb na ozkem črevesju, zgodnje ukrepanje ob poslabšanju bolezenskega stanja in preprečili huda poslabšanja. Bolnik in zdravnik sta se naučila ločiti, kateri bolnikovi znaki so se poslabšali zaradi poslabšanja kroničnega vnetja in kateri so nastali zaradi drugih bolezni. Pristop do bolnika je celosten. Bolniki ob poslabšanjih potrebujejo občutek varnosti, zato je za dobro vodenje kroničnega bolnika pomembna celostna večstopenjska obravnava bolnika, tako kot je v diabetičnih dispanzerjih voden kronični bolnik s sladkorno boleznijo. Bolnik s KVČB je prav tako kronični bolnik. Ločimo primarno, sekundarno in terciarno obrnavo.

Osnovna raven: bolnik sam in njegov izbrani zdravnik ali izbrani pediater (otroci)

Druga stopnja, ambulantno vodenje: interist gastroenterolog, usmerjeni pediater

Druga stopnja, bolnišnična obravnava: na internem, pediatričnem, kirurškem oddelku

Tretja stopnja: univerzitetni klinični centri

Primarna raven

Na primarni ravni se obravnavajo bolniki v remisiji, kar pomeni, da so brez poslabšanj več

kot šest mesecev. Tudi bolniki, katerih bolezen je stabilna, brez bolečin, so zmožni delati, stanje bolezni je takšno, da bolnika ne ovira v vsakodnevem življenju in da je kakovost njegovega življenja zadovoljiva.

Bolnik in zdravnik spremljata bolezen in znake ter skupno določata, kdaj so bolezenski znaki res znaki poslabšanja KVČB, ali so novonastali znaki glasnik drugih bolezni in kdaj se naj bolnik oglasi izbranemu gastroenterologu. Določita osnovne hematološke parametre in vnetne pokazatelje ter izključita infekcijski vzrok bolezenskega poslabšanja.

Bolnike obravnava na primarni ravni: osebni zdravnik ali izbrani pediater

Laboratorijske preiskave na primarni ravni: hemogram, CRP, fibrinogen, SR, urin, koprokultura

Sekundarna raven, ambulantna obravnava:

Ambulantno se obravnavajo bolniki s KVČB z zmerno prizadetostjo v stadiju I in II, bolniki s težjo klinično sliko, ki so pod stalno kontrolo gastroenterologa zaradi težje vodljivosti bolezni zaradi pogostih poslabšanj ali so pod kontrolo zaradi jemanja imunosupresivne terapije. Dodatno še bolniki po operacijah in bolniki, ki so nagnjeni k zapletom KVČB.

Bolnike obravnava: internist izbrani gastroenterolog in usmerjeni pediater

Laboratorijske preiskave na sekundarni ambulantni ravni: fibrinogen, feritin, proteino-gram, B12, folati, jetrni testi, biokemija, ANCA in druga protitelesa

Slikovne preiskave na sekundarni ravni: UZ trebuha, gastroskopija, koloskopija, CT, EMR in preiskava črevesja s kapsulo so že dosegljive ambulantno.

Sekundarna raven, bolnišnična obravnava

Interni oddelek

Na interni oddelek naj bi bili sprejeti bolniki v stadiju III s hudim poslabšanjem z visoko temperaturo, hudimi driskami, izsušeni in slabokrvni, z neustavljivim hujšanjem, kadar je potrebna parenteralna hrana in intravenozna aplikacija zdravil, bolniki s hujšimi zožitvami, ki

potrebujejo diagnostično obdelavo in ni možna ambulantna obdelava.

Kirurški oddelek

Bolniki s KVČB, katerih stanje je resno, jih ogrožajo zapleti in je operativni poseg nujen. Tudi bolniki z malabsorpcijskem sindromom zaradi napredovale nepopolne zožitve črevesne svetline ali pilorusa. Pri bolnikih s popolno zaporo, pri hujših krvavitvah iz prebavil in pri toksičnem megakolonu je kirurški poseg neodložljiv in nujen. Operativno se razrešujejo tudi abscesi (ognojki) in fistule znotraj trebušne votline. Perianalne fistule ob anusu se sedaj operirajo tudi že ambulantno.

Slikovne preiskave na bolnišnični sekundarni ravni: rentgensko slikanje ozkega črevesja, kompjuterska tomografija trebuha in magnetna resonanca trebuha ter male medenice, virtualna koloskopija, vse endoskopske preiskave, endoultrazvok črevesja, ultrazvok trebuha in druge.

Terciarna raven

V kliničnih centrih se obravnavajo bolniki z akutno neobvladljivo hudo klinično sliko, ko je ogroženo njihovo življenje in je potrebna premestitev v intenzivne enote. Tudi bolnike, ki imajo pogosta huda poslabšanja kljub vsem terapevtskim pristopom in je bila pri njih vsa dotedanja terapija neuspešna, je treba premestiti v terciarno ustanovo za terapijo z novimi biološkimi zdravili ali jih vključevati v raziskave.

Bolnike obravnavajo učne ustanove: klinični center v Ljubljani in Mariboru

Preiskave, ki so samo v teh centrih: scintigrafija z markiranimi levkociti, preiskava črevesja s kapsulo in PET trebuha, balonske dilatacije kratkih zožitev.

Komisija za biološka zdravila

V Sloveniji sta ustanovljeni dve komisiji za odobritev zdravljenja z biološkimi zdravili. Sedež imata v kliničnih centrih v Ljubljani in v Mariboru. Komisija se sestaja enkrat tedensko in obravnava dokumentacijo o kandidatih za zdravljenje. Odloča po priporočilih in v skladu z določili, ker so sredstva za biološka zdravila omejena. Bolniki se naprej zdravijo in vodijo v terciarni ustanovi in so žal izpadli iz naše obravnave. Trenutno se pet naših bolnikov zdravi s humiro, ker so razvili zaplete bolezni kljub imunosupresivni terapiji.

Zdraviliško zdravljenje

Po določili obveznega zdravstvenega zavarovanja pripada bolnikom s KVČB zdraviliško zdravljenje vsako drugo leto in po večjih operacijah. Našim bolnikom to tudi omogočamo, tako da predlagamo zdraviliško zdravljenje, ko dosežemo ugodno stabilnost kliničnih znakov.

Zaupanje med zdravnikom in bolnikom
Z našim načinom dela smo dosegli zaupanje zdravnika v bolnika in v njegovo poznavanje lastne bolezni. Bolniki so dobro poučeni o svoji bolezni in vseh bolezenskih znakih, tudi

izvenčrevesnih simptomih in zapletih. Poudarek je na vodenju bolnika pri izbranem gastroenterologu in poznavanju bolnika kot celote, ter na stalnem nadzoru nad bolnikovim bolezenskim stanjem, s čimer smo dosegli zaupanje bolnika v zdravnika.

Predvsem smo dosegli občutek varnosti bolnikov zaradi možnosti takojšnjega posvetovanja z gastroenterologom ob poslabšanju bolnikovih simptomov, torej takrat, ko ga bolnik najbolj potrebuje. Ob stalni telefonski dosegljivosti **izbranega gastroenterologa** jim je omogočena

tudi kontrola v specialistični ambulanti v najkrajšem možnem času.

S prikazom stopenjske obravnave bolnika s KVČB želimo, da bi se sprejele smernice za obravnavo bolnika s KVČB. S smernicami bi dosegli enotno obravnavo in zmanjšanje števila zapletov, poslabšanja pa bi potekala v milejši obliki, s čimer bi zmanjšali število hospitalizacij. Na zmanjšanje števila operativnih posegov bodo verjetno vplivala nova biološka zdravila. ■

Okužbe dihal

Edita Eberl Gregorič, Irena Grmek Košnik, Helena Ribič, Srečko Koren, Mitja Košnik

Kar nekaj predavateljev na strokovnem srečanju o okužbi dihal je, vsak iz svojega zornega kota, izpostavilo nevarnosti prevelike in nepremišljene rabe antibiotikov. Najbolj vneto razprava se je razvila po prispevkih o kakovosti. Izkazalo se je, da je to vroča tema, ki se je bo treba lotiti bolj pogosto.

Na pobudo Sekcije za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe smo Zavod za zdravstveno varstvo Kranj, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, in Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe 14. in 15. novembra 2008 v hotelu Kokra na Brdu organizirali strokovno srečanje na temo okužb dihal.

Izbrano področje smo zaradi širine razdelili na sedem sklopov: okužbe zgornjih dihal, okužbe spodnjih dihal, atipični povzročitelji in tuberkuloza, virusne okužbe dihal, izbrane okužbe dihal, iz vsakdanje prakse in kakovost.

Za vsakega od sklopov smo organizatorji

povabili predavatelje tako iz klinične prakse kot tudi iz laboratorijske diagnostike.

Vsak tretji bolnik - V prvem sklopu predavanj je doc. Maja Sočan poudarila, da so akutne okužbe dihal pogost vzrok obiskov pri zdravniku. V obdobju od 2001 do 2005 so akutne okužbe dihal predstavljale 29 odstotkov vseh prvih kurativnih obiskov v ambulantni na primarni ravni. Dejanskega obsega bremena akutnih okužb dihal pa ni enostavno oceniti, saj le del bolnikov išče zdravniško pomoč, večina si ob akutnih okužbah dihal, ki so po poteku blažje, poskuša težave olajšati brez zdravniške pomoči. Prof. Janko Kersnik je poudaril, da ima okužbo dihal vsak tretji bolnik, ki pride v ambulanto z novo boleznijo. Zdravniki diagnozo okužbe dihal postavijo izkustveno. Povprečni obisk pri teh bolnikih traja 7,2 minuti. Dodatne preiskave, predvsem diferencialno krvno, zdravniki opravijo kar v 30 odstotkih primerov. Z njimi si pomagajo pri ločitvi med virusno in bakterijsko etiologijo okužbe dihal. Poudarjeno je bilo, da na področju diagnostike in zdravljenja okužb dihal v osnovnem zdravstvu primanjkuje kakovostnih raziskav, ki bi klinike vodile pri delu. Klemen Jenko, dr. med., je opozoril, da so virusi

najpogostejši povzročitelji akutnih rinosinuzitov. Mag. Marko Pokorn je predaval o akutnem vnetju srednjega ušesa. Do nedavnega se je za zdravljenje priporočalo antibiotik, številna priporočila po svetu pa se vse bolj zavzemajo za uvedbo zdravljenja z antibiotikom šele po dveh do treh dneh, če simptomatsko zdravljenje ne prinese izboljšanja. Raziskave so pokazale, da je takšen način zdravljenja varen in učinkovit, dobro sprejet pri bolnikih in starših ter da se tako pomembno zmanjša pogostnost predpisovanja



Predsednik sekcije prof. Srečko Koren



Dr. Irena Grmek Košnik



Prof. Mitja Košnik



Doc. Miroslav Petrovec

antibiotikov. Mag. Iztok Štrumbelj je opozoril na bakterijo *Streptococcus pyogenes*, povzročiteljico faringitisa, ter na to, da so za spremljanje občutljivosti bakterij na antibiotike potrebni izolati iz brisov žrela in nazofarinksa, kar je pogoj za izbiro smiselnega zdravljenja.

Pljučnica - V drugem sklopu predavanj so Katarina Osolnik, dr. med., mag. Franc Šifrer in mag. Viktorija Tomič prikazali problematiko in diagnostiko pljučnic. Poudarili so, da je na začetku, ko človek zboli za pljučnico, povzročitelj le redko znan. Bolnik mora čim prej prejeti antibiotik, ker zakasnitev zdravljenja poslabša prognozo. Pri zunajbolnišnični pljučnici so nam pri tem v pomoč slovenske smernice (1, 2). Pri težkih okužbah spodnjih dihal tudi v enoti intenzivne nege je smrtnost 50-odstotna. Zato je potrebno zgodaj prepoznati težo pljučnice, ustrezno zdraviti z antibiotiki in podpirati delovanje več organov, ki pri težki pljučnici odpovedujejo. Mag. Tamara Kastrin je povedala, da je 10,8 odstotka invazivnih sevov bakterije *Streptococcus pneumoniae* odpornih proti eritromicinu.

Atipične okužbe - V tretjem sklopu predavanj je asist. Željko Perdija opozoril, na pomen atipičnih okužb pri bolnikih s KOPB. V nadaljevanju je doc. Darja Keše predstavila mikrobiološko diagnostiko atipičnih bakterij. Alenka Štorman, dr. med., je podrobno predstavila oceno tveganja za okužbo z legionelo iz vzorcev okolja.

Tuberkuloza - Dr. Manca Žolnir Dovč in Damjan Eržen, dr. med., sta predavala o diagnostiki in epidemiologiji tuberkuloze. Po ocenah SZO je z bacili tuberkuloze okužena tretjina svetovnega prebivalstva. Pri nas pa je, kljub zelo ogrožajoči situaciji širjenja proti antituberkulotikom odpornih mikobakterij tuberkuloze v bližini (baltske države, Romunija) zaradi odličnega

nacionalnega programa, ki ga izvaja in v celoti nadzoruje Bolnišnica Golnik, epidemiološka slika zaenkrat še zelo dobra.

Virusne okužbe - V zadnjem petkovem sklopu je prof. Mitja Košnik predaval o tem, da so virusne okužbe najpomembnejši sprožilni dejavnik poslabšanj astme, prim. mag. Matjaž Turel o okužbah na pljučih po presaditvi čvrstih organov in krvotvornih matičnih celic, prof. Franc Strle o gripi, možnosti epidemije in pandemije in doc. Miroslav Petrovec o mikrobiološki diagnostiki virusnih okužb dihal. Slednji je poudaril, da je diagnostika virusnih okužb dihal v zadnjih petih letih eno najintenzivnejše razvijajočih se področij virologije. Za načrtno, pravilno in ekonomsko učinkovito uporabo novih metod bodo potrebne še številne raziskave.

V soboto je prof. Katja Seme predstavila novosti v epidemiologiji, diagnostiki in preprečevanju oslovskega kašlja. Poudarila je, da danes v Sloveniji predstavljajo največji rezervoar mladostniki in odrasli, pri katerih je bolezen velikokrat spregledana. Imunost po cepljenju proti oslovskemu kašlju namreč izzveni že po 4 do 12 letih. Po podatkih v literaturi se pojavljajo že nove strategije cepljenja. Prof. Tatjana Lejko Zupanc je v svojem predavanju prikazala, da nimamo novih učinkovitih antibiotikov in zato uporabljamo do sedaj uveljavljene. Prof. Gorazd Lešničar je predstavil izkušnje z bolniki z legionarsko pljučnico od leta 1996 dalje. Doc. Maja Arnež je predstavila zdravljenje in preprečevanje okužbe z respiratornim sincicijskim virusom pri otrocih in odraslih. Ljudmila Serjanovič, dr. med., je predstavila laboratorijske izkušnje pri diagnostiki anaerobnih bakterij v plevralnih punkcijskih.

V zadnjem sklopu o kakovosti je Helena Ribič, dr. med., opozorila na pogoste predana-

litske napake (na primer pri naročanju preiskav) in na slabo komunikacijo. Dr. Irena Grmek Košnik pa je kritično predstavila potrebo po nadzoru laboratorijskega dela, kajti na podlagi rezultatov mikrobioloških analiz kliniki sprejemajo pomembne odločitve glede zdravljenja in nadaljnje diagnostike.

Rdeča nit srečanja so bile naslednje teme: pomen mikrobiološke diagnostike, epidemiologija in odpornost mikrobov na protimikrobna zdravila. Tako je kar nekaj predavateljev, vsak iz svojega zornega kota, izpostavilo nevarnosti prevelike in nepremišljene rabe antibiotikov.

Najbolj vneta razprava se je razvila po prispevkih o kakovosti. Izkazalo se je, da je to vroča tema, ki se je bo treba lotiti bolj pogosto. Od poslušalcev smo prejeli odziv, da bi marsikdo z veseljem ponovno slišal, kako se kužnine pravilno izbere, odvzame, hrani in transportira.

Organizatorji smo prepričani, da so izbrani predavatelji s svojimi zanimivimi prispevki vplivali na to, da se je srečanja udeležil širok krog poslušalcev. V petek in v soboto je bila dvorana namreč polna. V sklopu srečanja je potekala tudi skupščina Sekcije za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe SZD. Soglasno je bil sprejet predlog, da se redna dvodnevna strokovna srečanja, ki jih vsako leto organizira sekcija, poimenujejo po zaslužnem profesorju mikrobiologu dr. Stanku Baniču, dolgoletnem predstojniku Inštituta za mikrobiologijo in imunologijo Medicinske fakultete v Ljubljani in enem od utemeljiteljev medicinske mikrobiologije in imunologije v Sloveniji.

Eden od sklepov skupščine je bil tudi, da bomo na naslednja srečanja povabiti tudi druge zdravstvene delavce, predvsem medicinske sestre. Srečanje smo zaključili z mislijo, da se srečamo prihodnje leto na 1. Baničevih dnevih v Ljubljani vsaj v tolikšnem številu kot tokrat. ■

Mednarodna delavnica o Fabryjevi bolezni

Andreja Cokan Vujkovic

Na internem oddelku Splošne bolnišnice v Slovenj Gradcu se že več let ukvarjamo z obravnavo in zdravljenjem Fabryjeve bolezni. Dolga leta je vodil dejavnosti v zvezi z odkrivanjem in vodenjem prvih bolnikov prim. mag. Franc Verovnik, ki je postavil tudi organizacijske temelje. Leta 2003 smo uvedli encimsko nadomestno zdravljenje v Sloveniji, in to med prvimi v svetu. Že leto kasneje smo ustanovili specializiran center za zdravljenje te bolezni, ki je edini takšen center v naši državi. Center je bil v preteklih letih zelo aktiven in postal prepoznavev tudi v tujini. Že večkrat so pozorniki iz sosednjih držav izrazili željo, da bi jim pomagali pri spoznavanju s to boleznijo, še posebej pa s prenosom dolgoletnih izkušenj.

Tako smo se odločili in v snežni idili Koroške 28. novembra organizirali prvo mednarodno delavnico, namenjeno Fabryjevi bolezni. Šolo je organiziral Center za zdravljenje Fabryjeve bolezni Slovenj Gradec. Namen srečanja je bil teoretično in praktično usposobiti zdravnike za odkrivanje in zdravljenje te redke bolezni.

Fabryjeva bolezen je redka dedna bolezen, pri kateri se kopičijo sfingolipidi v lizosomih. Je multisistemska bolezen, ki prizadene različne organe in organske sisteme, bolniki pa zbolijo že v otroštvu. Bolezen je povezana s hudo prizadetostjo več organskih sistemov in zgodnjo umrljivostjo, zato je zgodnje odkrivanje še kako pomembno, še posebej, ker je od leta 2003 na voljo tudi zdravljenje. Encimsko nadomestno zdravljenje je dosmrtno, bolniki pa zdravilo prejemajo vsakih štirinajst dni v obliki intravenskih infuzij.

Interaktivni program - Število udeležencev je bilo omejeno zaradi interaktivnega programa, čeprav je bilo povpraševanje za tovrstno izobraževanje precej večje. Tako se je srečanja udeležilo šest zdravnikov

specialistov različnih usmeritev (nefrologi, nevrolog in dermatolog) iz različnih univerzitetnih bolnišnic (Zagreb, Osijek in Reka) iz sosednje Hrvaške. Udeležence srečanja je najprej pozdravil predstojnik centra asist. Bojan Vujkovic, ki je nadaljeval s predavanjem o naravnem poteku Fabryjeve bolezni in kasneje še o prizadetosti ledvic pri tej bolezni. Sama sem predavala o prizadetosti srca. Poudarila sem odkrivanje Fabryjevih bolnikov med bolniki s hipertrofično kardiomiopatijo, ki nima očitnega vzroka (visok krvni tlak, aortna stenoza idr.), še posebej pri bolnikih, starejših od 40 let. Sledilo je predavanje Iwone Kosi, dr. med., ki je predstavila še nevrološke posledice bolezni. Zelo smo bili veseli, da se je kot predavateljica šole udeležila tudi asist. mag. Mojca Žerjav Tanšek, ki vodi otroke, zbolele za Fabryjevo boleznijo, na pediatrični kliniki v Ljubljani, s katero dobro sodelujemo zadnji dve leti. S predavanjem Fabryjeva bolezen pri ženskah sem odprla poglavje problematike žensk, ki imajo Fabryjevo boleznijo, saj so jih do nedavnega obravnavali le kot prenašalke z blago obliko bolezni. Z vodenjem registrov in s podatki iz številnih držav se je izkazalo, da so tudi ženske bolniki z zelo pestro paleto simptomov in znakov, ki tudi pogosto potrebujejo encimsko nadomestno zdravljenje. Asist. Bojan Vujkovic je predstavil rezultate zdravljenja v svetu in tudi naše, sedaj že petletne izkušnje. Diplomirana višja medicinska sestra Vesna Korat, ki sicer deluje v centru kot »case manager«, pa je prikazala celotno organizacijo centra

in obdelavo bolnika po sprejetih smernicah. Sledila je dolga razprava, v kateri so tudi gosti predstavili nekaj svojih bolnikov in problemov, s katerimi se srečujejo predvsem pri odkrivanju in diagnosticiranju novih bolnikov. Sledila je odlična večerja v restavraciji Aerodrom v Šmartnem pri Slovenj Gradcu.

Naslednji dan je šola potekala v bolnišnici Slovenj Gradec. Na praktični del smo povabili dva bolnika s Fabryjevo boleznijo, ki sta se z veseljem odzvala. Večini udeležencev je bila to zelo zanimiva izkušnja, saj sta jim naša bolnika, ki se zdravita z nadomestnim encimskim zdravljenjem že več kot pet let, veliko povedala o svojih izkušnjah.

Jožica Kotnik, dr. med., dermatologinja v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec, ki je pred leti tudi diagnosticirala prvega bolnika s Fabryjevo boleznijo v Sloveniji, je na pacientih pokazala značilne kožne spremembe (angiokeratomi), ki so pojavljajo pri tej bolezni, nato pa še diferencialne diagnoze, ki prihajajo v poštev. Sledil je praktični ultrazvočni prikaz sprememb na srcu in ledvicah na naših bolnikih. Udeležencem je Apolon Marolt, dr. med., prikazal ehokardiografske značilnosti pri Fabryjevem bolniku, asist. Saša Rainer pa še ultrazvočne značilnosti ledvic, ki so pri tej bolezni pogosto zelo prizadete.

Vse udeležence je pozdravil še predstojnik internega oddelka SB Slovenj Gradec prim. Davorin Benko, ki tudi sam sodeluje pri delu Fabryjevega centra, in poudaril vlogo centra v naši bolnišnici in pomen timskega dela pri obravnavi teh bolnikov. Ob zaključni razpravi smo se dotaknili še organizacije, vodenja in financiranja centra, kar je kolege iz Hrvaške še posebej zanimalo, saj se ta problematika pri njih šele začinja. Mnenje vseh udeležencev ob zaključku je bilo, da je bilo srečanje izjemno koristno za vse. Sklenili smo, da bomo ohranili stike in v prihodnje nadaljevali intenzivno sodelovanje. ■



Simpozij in delavnica o kilah

Stanislav Mahne

3. slovenski simpozij in delavnica o kilah z mednarodno udeležbo, ki sta potekala v Slovenj Gradcu od 20. do 22. novembra letos, so organizirali zdravniki in sodelavci Oddelka za splošno in abdominalno kirurgijo Splošne bolnišnice Slovenj Gradec s sodelovanjem Herniološkega združenja Slovenije, ki mu predseduje prof. dr. Slavko Rakovec. Organizatorji so se dela lotili ambiciozno (mednarodno priznani predavatelji, satelitski simpozij, učna delavnica) in bili pri tem uspešni. Bilo je 110 udeležencev: kirurgi specialisti in specializanti, anesteziologi, pediatri, ginekologi, medicinske sestre, farmacevti in drugi, iz skoraj vseh bolnišnic v Sloveniji. Tuji predavatelji so prišli iz Kanade, Italije, Avstrije, Hrvaške, Srbije in Makedonije.

Kila na splošno pomeni defekt v trebušni steni, skozi katerega lahko protrudira nek organ, del organa ali tkiva in povzroča različne lažje ali hujše, lahko tudi življenjsko nevarne težave. Operacije kil so med najpogostejšimi v splošni kirurgiji in zato pomemben zdravstveno-ekonomski dejavnik. Leta 2007 je bilo v Sloveniji opravljenih okoli 5300 operativnih posegov zaradi kil, od tega okrog 4500 dimeljskih, všteti pa 900 otroških kil do 15. leta.

Prvidan je potekal satelitski tečaj hernioplastike po metodi Shouldice, ki ga je vodil prof. Alexander, sedanjji predstojnik klinike Shouldice v Torontu, Kanada. Klinika nosi ime ustanovitelja, ki je s to metodo operiranja ingvinalne kile začel leta 1946. Do tedaj je oskrba dimeljske kile temeljila na resekciji kilne vreče in čvrstem prišitju notranje poševne mišice (m. obliquus internus) na ingvinalni (Poupartov) ligament – metoda, imenovana po italijanskem kirurgu iz 19. stoletja Bassiniju. Rezultati niso bili dobri, saj je bilo ponovitev (recidivov) od 15 do 20 odstotkov, ležalna doba v bolnišnici pa najmanj en do več tednov po operaciji.

Glavna načela metode po Shouldiceu, kot jih je predstavil in prikazal preko video-

prenosa, so: lokalna anestezija z 1-odstotnim prokainom; prekinitev kremastra, repozicija kilne vreče pri indirektni kili; reparacija defekta v štirih slojih, za kar uporabi dva tekoča neresorbilna monofilamentna ali tenka žična šiva. Bolnik po operaciji isti dan hodi, se peroralno hrani, tudi analgetik dobi per os. Po osmih dneh naj bi bil sposoben za težje fizične napore, do pojava bolečine. Po tej metodi je bilo v 62 letih na tej kliniki operiranih nad 300.000 ljudi, recidivov in zapletov pa so imeli pod 1 odstotek, kar je izjemno dober, skoraj neverjetno ugoden rezultat. Na ta način operira primarne kile od petega leta navzgor, odklanja pa debele bolnike (obvezno morajo shujšati).

V komentarju bi dejal, da tako dobrih rezultatov drugje s to metodo niso dosegli, je pa gotovo najboljša med načini operacij brez mrežice. Pri nas to metodo že uporabljajo v Slovenj Gradcu pri mladih pacientih, kjer je uporaba mrežice nezaželena.

Drugi dan so bila po uradnem odprtju simpozija v prostorih letališča Slovenj Gradec plenarna predavanja. Prof. G. Campanelli, generalni sekretar Evropskega herniološkega združenja, je govoril o novejših trendih pri operaciji dimeljske kile. Številni kirurgi so prispevali svoje izboljšave operativne tehnike, odločilna za preobrat v zdravljenju kile pa je bila uvedba polipropilenske neresorbilne mrežice v 2. polovici 20. stoletja.



Prof. Alexander...predstavlja operacijo dimeljske kile po metodi Shouldice.

Tkiv ne šivamo več skupaj pod pritiskom, ampak preko defekta položimo mrežico brez tenzije – nenapetostna (tension free) hernioplastika. Sedaj je v rabi vrsta po obliki in sestavi različnih mrežic, postavimo pa jih na tri načine: preperitonealno – odprto ali laparoskopsko; predtransverzalno fascijo – odprta Lichtenstein ali Trabucco metoda; v obliki čepa (angl. plug), ki ga vstavimo v defekt.

Zlati standard - Danes je »zlati standard« operacije dimeljske kile pri odraslem odprta operacija z vstavitvijo neresorbilne mrežice pod aponevrozo zunanje poševne mišice (m. obliquus ext.); poseg je običajno opravljen v spinalni ali lokalni anesteziji, kar je ceneje; vedno več je teh operacij v okviru dnevne bolnišnice. Če ni komorbidnosti, gre lahko pacient isti dan v domačo nego in prejema po potrebi analgetično terapijo peroralno; omogočeno mora biti 24-urno telefonsko posvetovanje v primeru težav. Ob zapletih (krvavitve ali hematomi v rani, težave z uriniranjem, hujše bolečine) je potrebna takojšnja kontrola in morebitna hospitalizacija.

Ponovitev kile s to metodo je 1- do 2-odstotna, zapleti so redki. Normalne dnevne aktivnosti so možne po enem do dveh tednih, za fizično delo je operirani ob normalnem poteku sposobni po nekaj tednih.

Prof. Rakovec, ki je leta 1994 v Sloveniji uvedel nenapetostno hernioplastiko z mrežico po Lichtensteinu, je predaval o racionalni izbiri postopka oskrbe dimeljske kile in se v svojih stališčih pridružil prof. Campanelliju. Sedaj operira v dnevni bolnišnici, v spinalni anesteziji. Za večje direktne kile uporablja dvoslojno mrežico.

Prof. Pejčič je predstavil Center za minimalno invazivno kirurgijo v Nišu; v okviru le-tega že devet let operirajo dimeljske kile z mrežico po metodi Trabucco v dnevni bolnišnici; koncept dnevne bolnišnice ima za metodo izbora v oskrbi teh kil. Svoje pozitivne izkušnje z dnevno bolnišnico so predstavili doc. Košorok, C. Triller, T. Bojić (Srbija) in D. Bogoeski (Makedonija).

M. Jagoditsch iz Avstrije je predstavil stališče o vlogi laparoskopske dimeljske hernioplastike. Kljub prednostim endoskopskega posega je zaradi nižje cene, veliko krajše učne dobe, lokalne ali regionalne anestezije za primarne kile primernejša odprta nenapetostna metoda. Laparoskopska operacija pa je zelo dobra metoda za oskrbo recidivov (po odprti op.) in pri obojestranski kili. Podobno stališče je v Sloveniji, kjer še opravljamo te operacije (Izola).

V nadaljevanju je doc. Lukanovič predstavil redek primer perinealne kile, M. Lužnik pa popuščanje mišic medeničnega dna pri ženski in način korekcije preko nožnice z mrežnimi tkivnimi vsadki. B. Mlakar je predstavil primere endometrioze ingvinalnega kanala pri ženskah kot možni diagnostični problem, ko je zatrdlina videti kot kila.

Doc. Jelenc je obravnaval področje parastomalnih kil. Gre pravzaprav za incizijske kile, ki neredko nastanejo ob izpeljanem črevesu. Reparacija je zahtevna; če je le možno, je navadno najbolje prestaviti mesto stome in premostiti defekt z mrežico. Nekateri priporočajo, da se že, ko se naredi stomo, uporabi mrežico z nižjim odstotkom polipropilena in visokim deležem resorbilnega materiala.

M. Rems je predaval o incizijskih kilah. Pojavljajo se kot zaplet pri okoli 10 odstotkih laparotomij. Vzrok je motnja v celjenju in kolagenski sestavi ob infektu in drugih bolezenskih stanjih. Oskrba zahteva vstavev aloplastične mreže, razen morda pri zelo majhnih defektih. Najbolje jo je postaviti retromuskularno. Če je ni mogoče prekriti s peritonejem, uporabimo dvoslojno mrežico, na katero črevo ne priraste. Za te operacije je primeren tudi laparoskopski pristop, ki ga je naslednji dan prikazal B. Vrbanec.

D. Velnić iz Zagreba je predstavil študijo, v kateri primerja endoskopsko TEP-operacijo dimeljske kile (preperitonealni pristop) z in brez fiksacije mrežice. Če bi bili rezultati podobni, bi lahko rutinsko opuščali fiksacijo s sponkami; s tem bi se izognili možnosti nevalgij zaradi sponk, operacija pa bi bila cenejša. Študija je v teku, zajetih bo 100 operiranih po tej metodi.

J. Gorjanc je predstavil prve izkušnje z ambulantnimi operacijami dimeljskih kil v lokalni anesteziji, kar so uvedli letos. Ob selektivnem pristopu so rezultati ugodni. V. Topler je predstavil ekonomski vidik; priporoča čim več bolnikov operirati v enodnevni bolnišnici, v lokalni ali regionalni anesteziji. S tem zmanjšamo stroške in sprostimo posteljne zmogljivosti za zahtevnejšo patologijo, kar je poudaril tudi S. Fakin z Zdravstvene zavarovalnice. Primerna skrb mora biti posvečena tudi rehabilitaciji teh bolnikov – o tem je razpravljaj prim. Zajec.

V sklopu predavanj o otroških kilah (D. Gvardijančič, S. Lipovšek, A. Florjančič, M. Senica Vrbič) so bila predstavljena načela oskrbe in rezultati zdravljenja teh kil. Operacija naj bo čim prej po odkritju kile. Materi je treba verjeti, če je opazila izboklino, narediti herniektomijo brez dodatnih šivov ingvinalnega obroča; infiltracija rane z lokalnim anestetikom. Več v zvezi s tem bo SKOK (Sekcija kirurgov otroške kirurgije) objavila v Izidi.

Na sestanku Herniološkega združenja je bil za predsednika ponovno izvoljen prof. Rakovec, za tajnika pa J. Gorjanc.

V soboto, tretji dan, je bilo v okviru učne delavnice na sporedu sedem demonstracijskih operacij z odličnim videoprenosom in razpravo v predavalnici.

Prepričan sem, da je bil simpozij o kilah eden uspešnejših kirurških sestankov v zadnjih letih pri nas, za kar organizatorji zaslužijo iskrene čestitke. ■

Nefrologija

Boštjan Kersnič

Slovensko nefrološko društvo je 5. in 6. decembra imelo v Kranjski Gori 22. strokovni sestanek.

Srečanje je pokazalo, da v nefrologiji vlada kljub težkim delovnim razmeram dobro vzdušje, kar dokazuje, da je na voljo še kar nekaj potenciala. Na sekciji je predavalo veliko mladih zdravnikov, ki šele dobro spoznavamo nefrologijo, kot tudi starejših, že izkušenejših kolegov. Predstavljeni so bili zanimivi primeri, nekatere izkušnje z novimi zdravili, potekale so poglobljene razprave o vrsti tem in izvoljeno je bilo novo vodstvo nefrološkega društva.

Glede na to, da so bile zadnje zime nekoliko bolj mile, nas je popoldansko vreme v Kranjski Gori že v petek opozorilo, da lahko v kratkem času zapade ogromno snega. Ko nas je večina udeležencev petkovega popoldneva prihajala na sestanek sekcije, smo lahko po poti od Jesenic naprej opazovali, kako se dež spreminja v velike snežinke. V manj kot treh urah je zapadlo nekaj več kot 25 cm svežega snega. Kljub temu se nas je v petek popoldan zbralo kar nekaj nefrologov, ki smo z majhno zamudo začeli 22. strokovno srečanje nefrologov.

Popoldne smo začeli s temami iz peritonealne dialize. Prvo predavanje v čisto na novo prenovljeni predavalnici hotela Lek je začel doktor Peter Rutherford iz Velike Britanije. Predavanje je imelo naslov »Kako pogosto in kje vpliva na izid dialize?«, v njem pa je predstavil predvsem primerjavo peritonealne s klasično hemodializo. Naslednje predavanje je imel prim. Andrej Guček z naslovom »Predpisovanje peritonealne dialize«, v katerem je predstavil nov priročnik za predpisovanje peritonealne dialize. Zadnje strokovno predavanje v popoldanskem sklopu je imel doc. Gregor Novljan. Njegovo predavanje je imelo naslov »Peritonealna dializa pri otrocih«. Predstavil je osnove pri otrocih, zaplete in bolnike.

Delo društva - Po odmoru s kavo je bil na vrsti prof. Rafael Ponikvar, dosedanji predsednik slovenskega nefrološkega društva, ki je

predstavil poročilo o delu društva v štirih letih. Poročilo je bilo izčrpno, saj je sekcija skozi vsa leta organizirala tako sekcije kot tudi ostala strokovna srečanja in seveda pred dobrimi mesecem dni tudi zelo uspešen in odmeven 4. slovenski nefrološki kongres. Poročilo o finančnem stanju je podal tudi mag. Miha Benedik, blagajnik nefrološkega društva. Sledile so volitve pod vodstvom volilne komisije v sestavi: predsednik Igor Rus in člana doc. Gregor Novljan in doc. Andreja Marn Pernat. Komisija je bila zelo učinkovita, saj smo imeli po najkrajšem možnem času, ki ga še dovoljuje statut, novo izvoljeno vodstvo in ostale člane. Za predsednika društva je bil ponovno izvoljen prof. Rafael Ponikvar, za podpredsednika društva prim. prof. Aljoša Kandus, za blagajnika društva je bil ponovno izvoljen mag. Miha Benedik. Ponovno so bili izvoljeni tudi člani upravnega odbora, in sicer prim. prof. Andrej F. Bren, prof. Rajko Kenda in prim. prof. Breda Pečovnik Balon. Nekoliko se je spremenil le nadzorni odbor, in sicer so sedaj člani odbora prim. prof. Marko Malovrh, mag. Janez Varl in prof. Radovan Hojs.

Večer smo nadaljevali s slavnostno večerjo, ki je ob dobri pijači in glasbi trajala pozno v noč. Že dolgo časa ni bilo videti skoraj celotne ekipe nefrologov in nefrologinj tako dobro razpoloženih, da bi ostali na zabavi do jutranjih ur.

Ne glede na zabavo, pa je stroka na strokovnem srečanju na prvem mestu in v soboto, točno ob uri, se je ponovno začel strokovni del sekcije. Začela je mlada specializantka nefrologije iz Slovenj Gradca Maja Mravljak s sodelavci. Predstavila je raziskavo »Ocena ledvične funkcije pri asimptomatskih starostnikih«, kjer je prikazala opazovalno neintervencijsko raziskavo med starostniki s posameznimi rezultati, saj bo raziskava sicer trajala do leta 2012. Mlada specializantka interne medicine Vlasta Malnarič iz Novega mesta s sodelavko iz Ljubljane je predavala o temi z naslovom »Ali arterijsko hipertenzijo pri bolnikih z IgA nefropatijo dobro zdravimo?«, kjer je prikazala, kako dobro urejamo krvni tlak pri posebni populaciji bolnikov glede na splošno populacijo, kjer je urejen tlak v povprečju zelo redek. Mlada specializantka nefrologije Željka Večerič Haler je predstavila raziskavo doc. Jelke Lindič s sodelav-

ci z naslovom »Visoka pogostnost nediabetične ledvične bolezni pri sladkornih bolnikih tipa 2 z neobičajno predstavitvijo ledvične bolezni«, kjer je ugotavljala, da lahko na podlagi klinične slike sklepamo o drugih možnih vzrokih ne-nadnega poslabšanja ledvične funkcije. Mlada specializantka nefrologije Ana Travar z Jesenic je s sodelavci iz Ljubljane predstavila zanimiv prispevek z naslovom »Idiopatična nodularna glomeruloskleroza«, v katerem je govorila o verjetno novi nastajajoči ledvični bolezni, za katero bi lahko bilo po nekaterih predpostavkah odgovorno kajenje. Mladi specializant nefrologije Bojan Novak iz Izole s sodelavci iz Ljubljane je predstavil primer z naslovom »Nefrotski sindrom in akutna holestatska okvara jeter«, kjer je bila predstavljena bolnica z izredno malignim potekom bolezni, ko je ob plazmocitomu sekundarna amiloidoza hudo prizadela vse vitalne organe in v kratkem času povzročila smrt bolnice. Mladi specializant interne medicine Gregor Mlinšek iz Ljubljane s sodelavci je predstavil temo z naslovom »Konverzija iz ciklosporina na takrolimus pri bolnikih s presajeno ledvico«, kjer je predstavil študijo bolnikov iz našega centra za transplantacijo ledvic, ki smo jim zaradi različnih vzrokov zamenjali kalcinevrinski inhibitor. Po odmoru s kavo je sledila predstavitev mag. Miha Benedika, kjer je predstavil vlogo lantanovega karbonata pri urejanju hiperfosfatemije. Naslednje predavanje z naslovom »Od bolniške postelje do raziskovalnega laboratorija in nazaj na nefrološkem primeru. Renalaza - novi ledvični hormon« je prestavil Živojin Stevanović, ki je na izredno osebni in zanimiv način predstavil potek in način razmišljanja, kako iz prakse priti do raziskovalnega laboratorija in nazaj. Doc. Bojan Knap je



Foto: Rafael Ponikvar

predaval o uvajanju nutritivskega kazalca (SGA) v klinično prakso, prikazal je predvsem izkušnje našega dializnega centra. Sledilo je predavanje mlade specializantke nefrologije Eve Jakopin iz Maribora, ki je predstavila delo prim. prof. Brede Pečovnik Balon s sodelavci z naslovom »Vitamin D kot nov, netradicionalen dejavnik tveganja za umrljivost dializnih bolnikov«. Prikazala je ugotovitve raziskave pri več kot 100 bolnikih v dializnem centru Maribor, kjer so ugotovili, da pomanjkanje vitamina D pomeni tudi večjo umrljivost. Nato je sledilo predavanje mlade specializantke nefrologije Maše Knehtl, ki je prav tako predstavila delo prim. prof. Brede Pečovnik Balon s sodelavci z naslovom »Fetuin A in kronična ledvična bolezen«. Predstavila je študijo, kjer omenjeno substanco povezujejo z nekaterimi faktorji metabolizma kosti. Predavanje z naslovom »Gleženjski indeks in ateroskleroza pri hemodializnih bolnikih« je na žalost odpadlo. Po drugem odmoru s kavo je nadaljevala mlada specializantka nefrologije Manja Antonič iz Celja s sodelavci iz Ljubljane. V predstavitvi primera z naslovom »Končna ledvična odpoved zaradi primarne hipertenzijske ledvične nefroskleroze je lahko reverzibilna« je predstavila primer bolnice, ki se ji je po več mesecih dialize popravila ledvična funkcija skoraj do normalne. Mlada specialistka interne

medicine Nataša Leševič iz Ljubljane je predstavila delo prof. Rafaela Ponikvarja s sodelavci z naslovom »Uporaba novega stimulatorja eritropoeze Mircere® za zdravljenje ledvične anemije pri kroničnih hemodializnih bolnikih«, kjer je predstavila nov epoetin in izkušnje našega centra s tem novim zdravilom. Mlada specializantka nefrologije Petra Regvat iz Celja je s sodelavci iz Ljubljane predstavila predavanje z naslovom »Cinalcalcet pri hemodializnih bolnikih – izkušnje Centra za dializo Zaloška«, kjer je prikazala študijo bolnikov iz dializnega centra Klinični center, ki so prejeli omenjeno zdravilo. Mlada specializantka nefrologije, ki je sicer v tem trenutku hkrati še mlada raziskovalka, Vanja Peršič iz Ljubljane s sodelavci je predstavila »Ultrazvočni pregled žilja rok pred konstrukcijo arterio-venska fistula pri starejših bolnikih s končno ledvično odpovedjo«, kjer ugotavlja, da imamo pri starejših bolnikih običajno težave z žilnimi pristopi zaradi izčrpanosti periferije. Ob dobrem ultrazvočnem pregledu lahko tudi pri starejših bolnikih poskrbimo za dober nativen žilni pristop za hemodializo. Sledila je moja predstavitve, v kateri sem kot specializant nefrologije iz Ljubljane s sodelavci predstavil klinični primer »13 kirurških trombektomij na Goretex arterio-venski fistuli v času štirih let«, kjer je opisan primer bolnice,

pri kateri smo s kirurškim posegom zagotavljali sekundarno prehodnost fistule štiri leta in dva meseca. Sledila je predstavitve mlade zdravnice, tik pred nastopom specializacije iz nefrologije, Barbare Vajdič iz Ljubljane s sodelavci z naslovom »Izčrpani žilni pristopi pri bolnici, zdravljeni s kronično hemodializo 18 let: prikaz primera«, kjer je predstavila primer bolnice, ki je imela narejenih veliko tako nativnih kot tudi umetnih arteriovenskih fistul ter tudi uvedenih veliko katetrov za hemodializo.

Na koncu naj podam še nekaj svojih misli in vtisov. V nefrologiji vlada kljub težkim delovnim razmeram dobro vzdušje, kar dokazuje, da je na voljo še kar nekaj potenciala.

Na sekciji je predavalo veliko mladih zdravnikov, ki šele dobro spoznavamo nefrologijo, kot tudi starejših, že izkušenejših kolegov. Predstavili smo zanimive primere, nekatere izkušnje z novimi zdravili, predebatirali nekatere teme, izvolili novo vodstvo nefrološkega društva in glej, je že novo leto pred vrati, ko nas čakajo novi, lahko še težji izzivi, ki jih bomo skupaj z dobro voljo in dobrim vzdušjem lažje zmogli. Srečno 2009!

K organizaciji sestanka sta prispevali podjetji Baxter in Pharmagan. ■

Celjska srečanja 2008

Alenka Repše Fokter, Samo K. Fokter

V bodoče tudi konference za klinično patologijo - V Splošni bolnišnici Celje smo 28. in 29. novembra 2008 v sodelovanju s Sekcijo za citopatologijo SZD in Medicinsko fakulteto Univerze v Mariboru organizirali Celjska srečanja 2008 z mednarodno udeležbo. Prvi dan srečanja je bil organiziran v obliki delavnice in namenjen ginekološki citologiji in kolposkopiji, drugi dan pa smo obravnavali učenje medicine.

Brisi materničnega vratu - Prvi dan se je srečanja udeležila večina presejalcev in citopatologov, ki se v Sloveniji ukvarjamo s pregledovanjem brisov materničnega vratu, številni ginekologi, nekaj kolegov pa

je prišlo tudi iz sosednje Hrvaške. V dopoldanskem delu smo obravnavali predvsem citološke teme. Doc. dr. Veronika Kloboves Prevodnik, dr. med., je predstavila morfološke značilnosti normalnih in patološko spremenjenih žleznih celic. Prim. asist. dr. Alenka Repše Fokter, dr. med., je v citološki delavnici predstavila 20 različnih primerov brisov materničnega vratu. Ker je v ginekološki citologiji eno izmed najtežjih področij ocenjevanje sprememb na žleznih celicah, je bila večina prikazanih primerov takih, ki smo jih v prvotni diagnozi ocenili kot atipične žlezne celice. Po predstavitvi vsakega primera so imeli udeleženci možnost elektronsko glasovati o citološki diagnozi in tako sproti preverjati svoje znanje. Na srečanje smo letos že drugič povabili mednarodno priznanega finskega strokovnjaka prof. dr. Pekko Nieminen, dr.

med., ginekologa in citologa, ki je predstavil ocenjevanje atipičnih ploščatih celic. Tudi tokrat so se udeleženci z glasovanjem odločali o pravilni diagnozi. Primeri, ki jih je predstavil prof. Nieminen, so bili v rednem presejanju ocenjeni kot normalni oziroma največ kot atipične ploščate celice, ženske pa so potem zbolele za CIN3 ali invazivnim rakom materničnega vratu. Vse predstavljene brise so pred tem ocenjevale že tri skupine strokovnjakov, finska in mednarodna ter en dan pred srečanjem tudi skupina slovenskih citopatologinj. Analiza rezultatov vseh treh skupin (finske, mednarodne in slovenske) je pokazala, da je ocenjevanje brisov materničnega vratu marsikdaj izjemno težavno, saj so se citološke diagnoze v nekaterih primerih med seboj zelo razlikovale. Med udeleženci je bil zelo dobro sprejet tudi sklop predavanj z



Prof. dr. Pekka Nieminen, prof. dr. Mervi Halttunen, prof. dr. Iztok Takač, prim. dr. Alenka Repše Fokter in prof. dr. Pavel Skok

naslovom Primeri iz ginekološke citologije iz različnih laboratorijev, v katerem so svoje prispevke predstavili predstavniki vseh večjih citoloških laboratorijev v Sloveniji. Citološki laboratorij SB Celje sta zelo uspešno zastopala Branko Antolovič, dipl. inž. lab. biomed., in Nina Irgel, univ. dipl. biol.

V popoldanskem delu je udeležence pozdravil mag. Marjan Ferjanc, univ. dipl. ekon., direktor Splošne bolnišnice Celje. V svojem nagovoru je poudaril pomen strokovnih srečanj za našo bolnišnico in širšo strokovno javnost ter izrazil željo, da bi Celjska srečanja postala tradicionalna.

Strokovni del smo nadaljevali s kolposkopsko-citološko delavnico, ki jo je vodil prof. Nieminen. Pri vseh primerih bolezenskih sprememb na materničnem vratu je pokazal citološke in kolposkopske slike, ki smo jih s pomočjo elektronskega glasovanja ocenjevali tudi udeleženci. Ob tem smo se lahko ponovno prepričali, da je prepoznavnost bolezenskih sprememb na materničnem vratu marsikdaj izjemno težavna tako za ginekologe kot za citologe in da so tovrstne učne delavnice zelo koristne. V nadaljevanju je Igor Pirc, dr. med., predstavil rezultate zdravljenja sprememb na materničnem vratu v celjski bolnišnici in opozoril na naraščajoče število posegov v zadnjih letih. V primerjavi s prejšnjimi leti se je najbolj povečalo število pacientk s histološko

diagnozo CIN2 (167 leta 2007, 100 leta 2006), število pacientk z diagnozo CIN3 pa je bilo celo nekoliko nižje (147 leta 2007, 170 leta 2006). Uršula Salobir Gajšek, dr. med., je prikazala analizo bolnic z rakom na materničnem vratu (RMV), ki so bile na Ginekološkem oddelku SB Celje obravnavane v letu 2007. Kljub še vedno (pre)veliki številki se nakazuje trend upadanja, saj je bilo bolnic z invazivnim RMV leta 2006 30, leta 2007 22, letos pa imamo do sedaj zabeleženih le 12 novih primerov. Na tak rezultat smo lahko upravičeno ponosni. Kljub temu velja poudariti, da je bilo v letu 2007 še vedno približno polovica žensk z RMV simptomatskih. Za oceno uspešnosti operativnega posega in načrtovanje nadaljnjega zdravljenja je zelo pomemben patohistološki izvid. Analizo konizacij v letu 2007 je predstavila Simona Šramek Zatler, dr. med., predstojnica Oddelka za patologijo in citologijo. Zanimivi sta bili tudi predavanji doc. dr. Margarete Strojjan Fležar, dr. med., ki je govorila o obravnavi bolnic s patološkimi brisi materničnega vratu v Veliki Britaniji in Kanadi, ter prof. dr. Marije Pajtler, dr. med., ki je predstavila izkušnje iz Hrvaške. Smernice in kazalce kakovosti pri obravnavi žensk z abnormnimi brisi materničnega vratu v Sloveniji je prikazal prim. Andrej Možina, dr. med. Zelo zanimivo predavanje, ki mu je sledila tudi bogata razprava, pa je imel Filip Simoniti, dr. med., ki je predstavil tematiko z vidika ambulantnega ginekologa, ki se s takšno pacientko običajno prvi sreča. Zaključili smo

z dogovorom, da bomo po vzoru kolegov iz tujine tudi pri nas uvedli kliničnopatološke konference.

Izobraževanje in raziskovalno delo v medicini - Drugi dan je organizatorjem uspelo v Celje povabiti vrsto uglednih domačih in tujih strokovnjakov, ki se ukvarjajo z izobraževalnim in raziskovalnim delom v medicini. Udeležence je pozdravila strokovna direktorica SB Celje prim. mag. Frančiška Škrabl Močnik, dr. med. Poudarila je pomen regionalne bolnišnice v izobraževanju zdravnikov. Obširneje je to temo v svojem predavanju razčlenil prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik. Doc. dr. Mervi Halttunen, dr. med., z Univerze v Helsinkih, ki je bila že nekajkrat zapovrstjo med študenti izbrana za najboljšo učiteljico tamkajšnje medicinske fakultete, je predstavila zanimiv finski model dodiplomskega in podiplomskega študija medicine. Primerjalno je učni proces na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru opisal prof. dr. Pavel Skok, dr. med. Ugotovili smo lahko, da je študij medicine na Finskem veliko bolj sproščen, motivacija študentov pa izredna. Vlogo medicinske knjižnice pri izobraževanju zdravnikov je v odličnem predavanju predstavila Janja Korošec, prof., vodja strokovne medicinske knjižnice SB Celje. Jasna navodila o pisanju strokovnih člankov in publiciranju v medicini je predstavil prof. dr. Janez Preželj, dr. med., z ljubljanske Medicinske fakultete. Prof. dr. Borut Peterlin, dr. med., iz iste ustanove je predstavil značilnosti raziskovalnega dela v medicini. Slovenske rezultate je primerjal s finskimi: čeprav po številu člankov na število prebivalcev in vložena sredstva za Finci ne zaostajamo veliko, jim pri odmevnosti in inovativnosti prispevkov žal ne segamo niti do kolen. Piko na i v sobotnem delu srečanja je postavil prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik in predstojnik Ginekološke klinike UKC Maribor, ki je predstavil pravne in praktične vidike formiranja kliničnega oddelka. Glede na skromno udeležbo slušateljev v dvorani smo lahko zaključili, da smo od tega sicer načelno zastavljenega cilja v SB Celje še zelo daleč.

Na koncu bi se rada zahvalila vsem so-delavcem SB Celje, ki so kakorkoli pomagali pri organizaciji srečanja. Ne nazadnje, prav posebna hvala vodstvu SB Celje za razumevanje in pomoč. Brez njihove podpore izvedba projekta, ki je – tako upava – ponesel dobro ime naše bolnišnice tudi izven naše regije, ne bi bila možna.

K organizaciji srečanja sta prispevala tudi g. Božo Jernejčič in podjetje Tehnooptika Smolnikar. ■

Šola o paliativni oskrbi bolnikov

Jernej Benedik, Jožica Červek

V zadnjih dveh desetletjih se je paliativna medicina razvila v samostojno in priznano vejo medicine, ki dejavno uresničuje pravice neozdravljivih in umirajočih bolnikov do strokovne podpore in humane smrti. Ob velikem tehnološkem razvoju in uspehih sodobne medicine je bilo obravnavi in učenju o oskrbi teh bolnikov namenjeno malo ali skoraj nič časa. Zaradi tega, relativnega neznanja, kako pomagati, je umirajoči bolnik s svojo prisotnostjo zdravniku in zdravstvenemu osebju neprijeten opomin na omejene možnosti medicine.

Umiranje je za večino tabu tema, smrt pa neuspeh medicine, kljub dejstvu, da bomo nekoč vsi umrli.

Zdravniki in zdravstveni delavci se pri svojem vsakdanjem delu srečujejo z umiranjem. Zavedati se moramo, da imajo tudi (ali pa še posebej) umirajoči ljudje svoje pravice, čeprav je ta skupina ljudi v našem zdravstvenem sistemu in družbi zanemarjena in deprivilegirana. Oskrba bolnika ob koncu življenja torej predstavlja poklicno dolžnost, za katero pa v času šolanja nismo ustrezno izobraženi.

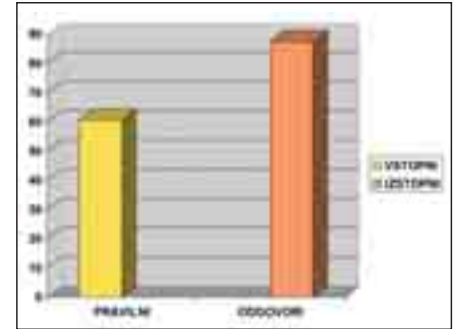
V slovenskem prostoru izobraževanja na tem področju skoraj ni, potrebe po tem znanju pa so zelo velike. Zato smo na Onkološkem inštitutu Ljubljana (OI) organizirali Šolo za paliativno oskrbo (PO) bolnika ob koncu življenja. Namen šole je bil posredovati udeležencem najnovejša znanja na tem področju medicine, cilj pa izboljšati kakovost oskrbe bolnikov ob koncu življenja. Poseben poudarek je bil namenjen delu s svojci. Udeleženci so pridobili sodobna znanja o patofiziologiji najpogostejših simptomov ter njihovi obravnavi, o ustrezni rabi

ključnih zdravil v PO ter spoznali nekaj pravil o večini komunikacije z bolnikom in s svojci. Predstavili smo PPS (palliative performance status – paliativna skala stanja zmogljivosti, ki omogoča presojo časa preživetja bolnika), zagate parenteralne hidracije (ima lahko tudi negativen učinek). Osvetlili smo problematiko delirija (pogosto neprepoznan) in paliativne sedacije (njeno mesto v terminalni fazi, etična in pravna načela). Predstavljena je bila klinična pot za oskrbo umirajočega (»Liverpoolska pot«) za pomoč oskrbovalcem. V učnih delavnicah so pridobili tudi praktična znanja.

Interes je bil nepričakovano izjemen. Prijavilo se je 287 udeležencev. Zaradi omejenih prostorskih zmožnosti na OI smo organizirali šolo v treh terminih – meseca marca, aprila in oktobra, vsakič po dva dneva – petek popoldne in soboto dopoldne. Vsak udeleženec je izpolnil anonimni vstopni in izstopni vprašalnik, s katerim smo spremljali znanje pred in po šoli (slika 1). Udeleženci so ocenjevali predavatelje in delavnice za lažje zagotavljanje čim višje kakovosti.

Mnenja udeležencev so izražala stisko ob srečanju z umirajočimi bolniki in potrebo po znanjih, ki so jim bila posredovana. Deležni smo bili številnih pohval.

Organizacija šole je sovpadla z dolgo načrtovano izdajo dveh priročnikov za PO: **Pogosta vprašanja v paliativni oskrbi** in **Zdravila za**



Analiza testnih vprašalnikov

uporabo v paliativni oskrbi. Oba priročnika sta bila za udeležence šole brezplačna. Priročnika lahko naročite z naročilnico na spletni strani OI (<http://www.onko-i.si/>). Cena je 10 EUR in pokriva le stroške tiskanja, avtorji so se odpovedali honorarju.

Oskrba umirajočih in svojcev je poseben poklicni in osebni izziv. Pomeni soočenje z lastno minljivostjo in osebno izgubo. Predstavlja strokovno usposobljenost in dilemo, kjer pravočasna opustitev nekaterih nesmiselnih postopkov in uvedba pravilnih lahko kritično vpliva na pravilno oskrbo umirajočega bolnika. Tu popravnega izpita ni. Samo ustrezno izobraževanje je zagotovilo, da bomo vsi deležni strokovne oskrbe, ko jo bomo potrebovali. ■



Priročnik iz PO in skripta



Delavnice: iz teorije v prakso

Avtomatsko kodiranje vzrokov smrti

Četrty mednarodni sestanek

Jožica Šelb Šemerl

Sodelovanje na sestanku strokovnjakov s področja statistike vzrokov smrti je pokazalo, da sam vstop v EU ni dovolj, da se način zbiranja podatkov o umrlih v Sloveniji ni izboljšal, ker pri nas še vedno veliko večino mrljskih pregledov zunaj bolnišnic opravijo dežurni zdravniki, ki ne poznajo poteka bolezni, ki je vodila v smrt, niti ne pridruženih bolezni umrlega. Večina med njimi ne pregleda zdravstvene dokumentacije umrlega in njihov zapis o vzrokih smrti na mrljskem listu temelji na dokumentih, ki jih ima umrli doma, in na pripovedovanju svojcev, pretresenih zaradi smrti, ki zato v tistem trenutku morda vsega niti niso sposobni povedati. Tako, kot so priporočila tega sestanka, smo na Inštitutu za varovanje zdravja večkrat poudarjali, da naj bi nenadne smrti in vse nasilne smrti pregledali specialisti sodne medicine ali vsaj posebej za to usposobljeni specialisti patologi, ostali zdravniki pa naj bi pregledali samo naravne smrti, brez nenadnih ali sumljivih.

Silver Spring, Maryland, 7.–9. maj 2008 - Namen četrtega srečanja strokovnjakov s področja statistike vzrokov smrti je bil, po besedah dr. Sama Notzona, direktorja Mednarodnega statističnega programa v Nacionalnem centru za zdravstveno statistiko (NCHC – National Centre for Health Statistics) Združenih držav Amerike v Washingtonu, izmenjati znanje in izkušnje na področju avtomatskega kodiranja (v nadaljnjem besedilu: AK) vzrokov smrti in osnovnega vzroka smrti, nadaljevati z razvijanjem in izboljševanjem že obstoječega AK ter nadaljevati s tehnično podporo tistim, ki uporabljajo avtomatsko kodiranje osnovnega vzroka smrti ali se bodo pridružili skupini.

Ker je v Sloveniji statistika vzrokov smrti manj znano strokovno področje medicinske znanosti in se zdravniki vanj ne poglabljajo, bodo v poročilu s sestanka prikazana samo tista področja, kjer delo mrljskih preglednikov – dajalcev podatkov, posega v delo Inštituta za

varovanje zdravja – upravljavca Zbirke podatkov o umrlih, ter potencialni razvoj kakovosti zajemanja podatkov in nastajanja Zbirke.

Ne najboljša kakovost podatkov o vzrokih smrti je po mnenju udeležencev srečanja posledica več dejavnikov:

- Izpolnjevanje zdravniškega potrdila o vzrokih smrti je časovno zamudno, še posebej, če mora zdravnik prej preučiti ustrezno medicinsko dokumentacijo.
- Delo ni plačano ali ni plačano posameznemu zdravniku in tudi ni v zdravniških krogih, med sodelavci, delo z visokim ugledom.
- Zdravniki poročanja o vzrokih smrti ne jemljejo kot delovno obveznost in kot zadnjo moralno dolžnost do bolnika ob zaključku njegovega zdravljenja, temveč kot nepotrebno administracijo.

Na vprašanje, ki se pojavi zaradi parcialnih interesov posameznikov ali organizacij, če v zakonu ni jasno določeno, kdo naj bi opravljal mrljske preglede, je dal povsem v skladu s prizadevanji za dobro **kakovost podatkov** odgovor dr. Robert N. Anderson, direktor področja vitalne statistike v Centru za preprečevanje in kontrolo bolezni, NCHC ZDA. Menil je, da naj bi pri ljudeh, ki so umrli naravne smrti, zdravniki, ki zdravijo bolnike, opravili mrljski pregled, potrdili smrt in vpisovali vzroke smrti, ker oni najbolj poznajo bolnikove bolezni in njihov razvoj. Vse nasilne smrti, smrti, pri katerih ni bil nihče prisoten, in smrti v sumljivih okoliščinah ali s sumljivimi okoliščinami naj bi potrdili in pregledovali patologi z licenco ali specialisti sodne medicine.

Znaten napredek v smeri izboljšanja kakovosti podatkov o vzrokih smrti je zbiranje podatkov na **elektronskem potrdilu o smrti in poročilu o vzrokih smrti (e-zdravniško poročilo, e-daeth certificate)**. Da se podatki zbirajo elektronsko, velja takrat, ko ves proces zbiranja in pošiljanja podatkov poteka po elektronski poti, kar pomeni, da se podatki vpisujejo neposredno v shemo obrazca na računalniku in po zaščiteni poti potujejo do končnega mesta, kjer se tvori zbirka podatkov.

Pri tem ni več nikakršnega komuniciranja s papirnati obrazci.

Izkušnje z elektronskim načinom zbiranja podatkov sta predstavila udeleženca iz Francije in New Hampshira, ZDA. Oba sta se strinjala, da so z elektronskim načinom podatki hitreje na voljo in da zdravniki, v povprečju, vpisujejo več vzrokov smrti v elektronski obrazec kot na papir. Poleg tega je krajši tudi čas, ki se porabi za pisanje in pošiljanje, ni težav z razbiranjem nečitljivih ali slabo čitljivih pisav, manj je ogrožena zaupnost podatkov in izboljša se kakovost podatkov o vzrokih smrti zaradi kontrole vpisovanja vzrokov smrti. Mrljski pregledniki potem, ko so začeli delati z elektronskim obrazcem, ne želijo več pisati papirnatega, poleg tega je elektronsko zdravniško poročilo o vzrokih smrti najdragocenejša predstopnja za **avtomatsko kodiranje osnovnega vzroka smrti**.

Pomembna tema srečanja je bilo tudi **povpraševanje po dodatnih informacijah o vzrokih smrti**, kadar vzroki smrti niso popolno, razumljivo ali čitljivo izpisani, tako da se iz njih ne da določiti osnovnega vzroka smrti. V prispevku iz Washington State Department of Health so prikazali, da so dodatne informacije potrebne v približno 8 odstotkih vseh zdravniških poročil. Najpogostejša vprašanja, ki jih koderji – osebe, ki izbirajo in kodirajo osnovni vzrok smrti – pošiljajo mrljskim preglednikom, so o naravi tumorjev, vrsti jetrne ciroze, preležaninah kot posledicah osnovnega vzroka smrti, zastrupitvah z dovoljenimi in/ali nedovoljenimi zdravili in drogami, kadar učinkovina ni vpisana, o podatkih o nasilnih smrtih, o operacijah, zaradi nečitljivo izpisanih obrazcev in nerazumljivih ali potencialno večpomenskih kratic (MS: mitralna stenoza?, multipla skleroza?). V 65 do 70 odstotkih se, potem, ko so dobili dopolnilne podatke, koderji odločijo za drugačen osnovni vzrok smrti, kot bi se, če dodatnih informacij ne bi imeli.

Zadnji dan simpozija je bil posvečen **avtomatskemu kodiranju osnovnega vzroka smrti in podrobni predstavitvi programa IRIS** (je

ime cvetja), ki so ga izdelali Švedi in Francozi, z določeno prilagoditvijo, to je s slovarjem v svojem jeziku, pa ga bomo lahko uporabljale tudi države, katerih materni jezik ni angleščina.

Med vsemi vzroki smrti, ki so izpisani na zdravniškem poročilu o vzrokih smrti, je treba, po pravilih, ki jih je predpisala SZO, izbrati osnovni vzrok smrti in zanj poiskati ustrezno kodo v MKB. MKB je kompleksen priročnik, ki se lahko interpretira na zelo različne načine, ker so navodila za kodiranje osnovnega vzroka smrti včasih ohlapna ali dvoumna. Tako je vedno mogoče, da so vzroki smrti kodirani pristransko. Z enotnim sistemom za avtomatsko kodiranje osnovnega vzroka smrti se izognemo večini pristranskosti, zato so podatki bolj primerljivi. Velika prednost programa IRIS je tudi, da so v podatkovni bazi shranjeni vsi vzroki smrti, ki so napisani na zdravniških potrdilih o smrti.

Program za kodiranje osnovnega vzroka smrti, ki ga je izdelal NCHS s podsistemi MICAR, Super MICAR, ACME in TRANSAX, ostaja zlati standard za vse uporabnike. MICAR doda diagnozam, napisanim na zdravniškem poročilu, kode MKB-10 in posebna števila (Entity Reference Numbers – ERN), ki odgovarjajo samo izrazom angleškega govornega področja. Ker angleški izrazi ne poimenujejo vseh jezikov enake bolezni, je novost programa IRIS v tem, da so za neangleško govoreče države del MICAR-ja spremenili tako, da so ERN zamenjali s slovarjem, ki ga mora vsaka država za svoj jezik izdelati sama. Domači medicinski izrazi (npr. slovenski) za eno bolezen se nanizajo pod pripadajočo kodo MKB-10 in slovar se nato uporabi v ACME algoritemskih tabelah, s katerimi se, med vsemi vpisanimi vzroki smrti, določi osnovni vzrok smrti.

Kot je omenjeno zgoraj, je del, brez katerega se ne da uporabljati sistema v nacionalnem jeziku, slovar. Za njegovo izdelavo se lahko uporabijo izrazi, ki so na zdravniških potrdilih o smrti in poročilih o vzrokih smrti, v medicinski

dokumentaciji ali v drugih virih medicinskih izrazov.

V letu 2005 so Francija, Nemčija, Madžarska, Italija, Španija in Švedska testirale IRIS na svojih podatkih. Švedski, francoski in angleški jezikovni verziji programa IRIS se je v letu 2007 pridružila še nemška jezikovna verzija.

Slovenija, država, ki je v Evropski uniji šele od leta 2004, je od razpada Jugoslavije do



vstopa v EU statistiko vzrokov smrti razvijala samostojno, na podlagi lastnega znanja, brez možnosti sodelovanja z drugimi strokovnjaki na tem področju. Prav tretji sestanek ICE on Automating Mortality Statistics leta 2004 v Washingtonu, na katerega smo bili prvič povabljeni, nam je potrdil, da se naše usmeritve in način dela, razen organizacije mrliškopregledne službe, skladajo s tem, kar so delale druge države članice. Takrat smo se tudi prvič seznanili z avtomatskim načinom kodiranja osnovnega vzroka smrti.

Sodelovanje na sestanku leta 2008 je pokazalo, da sam vstop v EU ni dovolj, da se način zbiranja podatkov o umrlih v Sloveniji ni izboljšal, ker pri nas še vedno veliko večino mrliških pregledov zunaj bolnišnic opravijo dežurni zdravniki, ki ne poznajo poteka bolezni, ki je vodila v smrt, niti ne pridruženih boleznih umrlega. Večina med njimi ne pregleda zdravstvene dokumentacije umrlega in njihov zapis o vzrokih smrti na mrliškem listu temelji na dokumentih, ki jih ima umrli doma, in na pripovedovanju svojcev, pretresenih zaradi smrti, ki zato v tistem trenutku morda vsega niti niso

sposobni povedati. Tako, kot so priporočila tega sestanka, smo na Inštitutu za varovanje zdravja večkrat poudarjali, da naj bi nenadne smrti in vse nasilne smrti pregledali specialisti sodne medicine ali vsaj posebej za to usposobljeni specialisti patologi, ostali zdravniki pa naj bi pregledali samo naravne smrti, brez nenadnih ali sumljivih.

Ponovno se je pokazalo, da način, ki se je uveljavil pri nas, ob ustanovitvi Enote za zdravstveno statistiko na IVZ, kjer koder nima dodatne izobrazbe za to delo in nadzornega zdravnika, ki bi nadziral kodiranje ter presojal upravičenost po dodatnem povpraševanju, ter sam(a), po svoji presoji komunicira z mrliškimi pregledniki, ne ustreza standardom, ki jih zahtevajo mednarodne usmeritve.

Po sestanku v Washingtonu, kjer smo po predstavitvi programa udeleženci program IRIS tudi

brezplačno dobili, smo na Inštitutu za varovanje zdravja začeli s pripravami, da bi v letu 2009 del osnovnih vzrokov smrti pri nas začeli izbirati in kodirati avtomatsko. Izdelujemo slovar slovenskih medicinskih izrazov z ustreznimi kodami MKB-10, kar bomo vgradili v MICAR in tako omogočili, da bo ACME izbral osnovni vzrok smrti med vsemi vzroki, ki so vpisani na mrliški list. Program IRIS vzporedno z graditvijo slovarja tudi preizkušamo in ob konstantnem napredovanju bomo program v letu 2009 uporabili za kodiranje osnovnega vzroka smrti tistih oseb, katerih vzroki smrti se z veliko frekvenco pojavljajo v populaciji. Tako bi bili za Madžarsko drugi med novimi članicami EU, ki smo prešli na delno avtomatsko kodiranje osnovnega vzroka smrti.

Avtorica prispevka bi se rada zahvalila dr. Samu Notzonu, direktorju Oddelka za mednarodno sodelovanje v NCHC ZDA, ki ji omogoča sodelovanje v skupini »The International Collaborative Effort on Automating Mortality Statistics«.

Delo ni cilj, delo je pot

Obisk sodelavcev Katedre za družinsko medicino in študentov Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu

Ksenija Tušek Bunc

Ena od usmeritev Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Mariboru je tudi v mednarodni izmenjavi. In ker se železo kuje, dokler je vroče, smo že v prvem letu našega delovanja organizirali strokovno ekskurzijo na Medicinsko fakulteto v Zagrebu, kjer mo bili gostje tamkajšnje Katedre za družinsko medicino.

Seveda ni šlo brez zapletov.

Neumorni zagnanosti in mednarodnemu ugledu prof. dr. Janka Kersnika gre zahvala, da je do ekskurzije sploh prišlo. Prav tako ne moremo mimo razumevanja in podpore vodstva fakultete ter dekana prof. dr. Ivana Krajncja, kar je prispevalo k uresničitvi našega smelo zasnovanega projekta. Srečanje je potekalo v delavnem vzdušju. Študentje obeh fakultet so predstavili svoje seminarje na dinamičen in zanimiv način, Slovenci pa smo bili še posebej ponosni na zbornik Izzivi v družinski medicini, ki smo ga ob tej priložnosti prinesli s seboj in seveda nekaj izvodov tudi poklonili. Zbornik je v celoti delo študentov, saj so vanj prispevali svoje seminarje in se preizkusili tudi kot uredniki. Obisk je bil zelo uspešen in obljubili smo si, da bomo s sodelovanjem nadaljevali ter da bo tovrstna izmenjava postala tradicionalna.

Komaj je verjeti, da je minilo leto od našega obiska v Zagrebu. Ko smo tedaj povabili njene sodelavce in seveda študente na

obisk v Maribor, smo se še kako dobro zavedali dejstva, da je sodelovanje obeh katedr oziroma obeh medicinskih fakultet dobro in pomembno za obe izobraževalni ustanovi. Mi bomo lahko nadaljevali in utrjevali eno temeljnih usmeritev naše katedre, ki ima postati tradicionalna, hkrati pa si bomo prizadevali za ustvarjanje skupnih osnovnih struktur. Medicinska stroka se izvaja tako v Ljubljani, Mariboru, Zagrebu, povsod v Evropi, zdravniki družinske medicine pa se vedno srečujemo z enakimi poklicnimi in družbenimi izzivi. Pa tudi študentje so nad izmenjavami med fakultetami navdušeni. Na ta način si izmenjujejo znanje in izkušnje, ki jim bodo kot bodočim zdravnikom prišle zelo prav.

Letošnje srečanje je potekalo pod geslom »*Delo ni cilj, delo je pot!*« Priprave so potekale že od pričetka tega šolskega leta in izmenjanih je bilo brez števila e-pošt in telefonskih pogovorov. V jasnem, s soncem obsijanem novembrskem jutru, natančneje 17. novembra, smo z nestrp-

nostjo pričakovali naše goste: prof. dr. Milico Katič, prof. Sanjo Bležeković Milaković, asist. dr. Djurdjico Lazić, asist. Goranko Petriček, Ljiljanko Jurković, dr. med., in Stanko Stojanović Špehar, dr. med., ter 40 študentov šestega letnika sodelujoče fakultete. Gostili smo jih v predavalnici UKC Maribor, ki nam jo je posebej za to priložnost ljubeznivo odstopilo vodstvo. Naše drage goste so pozdravili direktor UKC Maribor prim. Gregor Pivec, dekan Medicinske fakultete v Mariboru prof. dr. Ivan Krajnc ter predstojnik naše katedre prim. prof. dr. Janko Kersnik. Seveda ni manjkal pozdravni nagovor prof. dr. Milice Katič, predstojnice Katedre za družinsko medicino Medicinske fakultete Univerze v Zagrebu, ki je med drugim orisala razvoj, delo in organizacijo katedre z dolgoletno tradicijo.

Dar - Ob tej priložnosti je članica UO Slovenskega združenja za boj proti raku dojk – Evropa Donna, prim. Jana Govc Eržen, predala Katedri za družinsko medicino Medicinske

fakultete Univerze v Mariboru model dojk, namenjen za učenje pregledovanja dojk pri pouku družinske medicine. Ob predaji je poudarila, da v slovenskem prostoru vsako leto na novo zbolijo za rakom dojk več kot tisoč žensk in jih 400 umre. To se velike številke za tako majhno državo, kot je Slovenija. Slovensko združenje za boj proti raku dojk skrbi predvsem to, da ženske pridejo k zdravniku zelo pozno. Torej takrat, ko so spremembe v dojkah že velike in je tudi uspeh zdravljenja drugačen, slabši, zaradi česar ženske tudi bolj zgodaj umirajo.



Študenti obeh fakultet med živahno razpravo

Tako bo model za pregledovanje dojk dragocen pripomoček študentom pri pouku za prepoznavanje sprememb in razlik med nevarno, torej rakavo, spremembo in tisto, ki ni nevarna. Mnenje, da gre za izjemno donacijo, podpirajo tudi študentje sami: Petra Alenc (študentka medicine) je v izjavi za medije povedala: »O donaciji sem mnenja, da je to zelo primerno darilo, da se tudi nam študentom ponudi neka možnost, da lahko pomagamo ženskam, da bi se čim bolj osveščale o tem, da si same doma pregledujejo dojke, s tem pa, da imamo tudi prakso, če mi pokažemo ženski, da tudi lahko mi že sami zatipamo mogoče kakršnekoli spremembe na dojki.«

Srečanje med fakultetama je bilo izjemno medijsko podprto, saj so o njem poročale domala vse lokalne medijske hiše.

V strokovnem delu, ki je sledil, so študentje obeh fakultet predstavili svoje seminarje, ki jih sicer pripravljajo v okviru predmeta Družinska medicina. Študentki zagrebške medicinske fakultete Sanja Čosić in Maja Džogić sta predstavili seminar Multimorbidnost kroničnih boleznih; Milana Pezelj in Vanja Crnica seminar Terminalna skrb; May Libidi in Damir Rosić sta spregovorila o bolnikovem doživljanju bolezni; Zrinka Fabis in Petra Vitlof pa o odvisnosti od opija. Mariborsko medicinsko fakulteto so zastopali Barbara Ifko, ki se je v svojem seminarju lotila problematike vpliva okolice na bolezni, Špela Šalamon je spregovorila o prehranskih do-



Prim. asist. Jana Govc Eržen, članica UO Združenja za boj proti raku - Europa Donna ob predaji modela za pregled dojk prim. prof. dr. Janku Kersniku

datkih, Jasmina Golc o Alzheimerjeve bolezni, Maja Prašički o problematiki nasilja nad otroki, Alen Jović pa nas je seznanil s peritonealno dializo. Brez sence dvoma je mogoče trditi, da so tudi to pot študentje brezhibno opravili svoje naloge, saj so poskrbeli za odlične predstavitve svojega dela in hkrati prispevali k promociji

obeh fakultet. In ne nazadnje so študentje mariborske medicinske fakultete s svojim suverenimi nastopi dokazali, da smo povsem enakovredni in da se lahko kosamo tudi s fakulteto in katedro, ki se ponaša z dolgoletno tradicijo in izkušnjami. V zaključnem delu so se študentje pomešali med seboj v skupine in podali kritične poglede na organizacijo in metode dela na svojih fakultetah ter predlagali rešitve. Skoraj enotno so predlagali več praktičnega, kliničnega dela s pacientom in manj predavanj. In če so bili študenti obeh fakultet sprva zadržani, so v tej točki združili moči, razvila se je živahna razprava, v kateri ni manjkalo kritičnih pogledov in pripomb, tako da je čas kar prehitro minil in smo nato z razpravo nadaljevali na skupnem kosilu.

Srečanje smo nadaljevali v prostorih Katedre za družinsko medicino, kamor smo povabili naše drage goste. Popoldan je v prijetnem klepetu minil kot bi mignil in ob slovesu smo si, zadovoljni s potekom srečanja, obljubili, da bomo sledili začrtani poti in da bodo obiski med katedrama obeh fakultet postali tradicionalni. Dokazali bomo, da nas meje in aktualna politična situacija ne morejo ločevati, pač pa nas lahko samo zbližujejo in povezujejo med seboj, ter da znamo in zmoremo ustvarjati dobro in da samo dobro lahko daje smisel našemu življenju in prizadevanjem. ■



Prof. dr. Milica Katič, dr. med., predstojnica katedre za družinsko medicino MF Univerze v Zagrebu, Ljiljanka Jurković, dr. med., prim. asist. Ksenija Tušek Bunc, prim. prof. dr. Janko Kersnik, predstojnik katedre za družinsko medicino MF Univerze v Mariboru

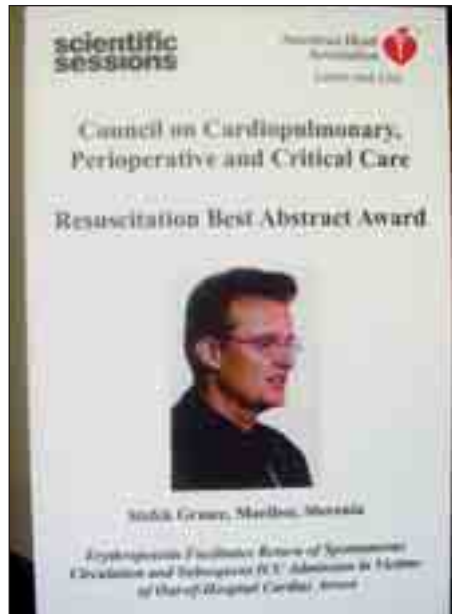
V prvih minutah srčnega zastoja

Štefek Grmec

Letna nagrada Ameriškega združenja za bolezni srca (American Heart Association – AHA) za najboljše raziskovanje na področju oživljanja dodeljena OE Nujna medicinska pomoč ZD Adolfa Drolca Maribor

V New Orleansu je od 8. do 12. novembra potekal največji, svetovni kongres bazičnih in kliničnih znanosti, povezanih z boleznimi srca. Na kongresu je bilo predstavljenih več kot 4000 izvornih raziskovanj (prav toliko jih je bilo zavrženih) in okrog 1000 vabljenih predavanj. Svet za srčno-pljučne bolezni, perioperativno in intenzivno oskrbo (The Council on Cardiopulmonary, Perioperative and Critical Care) je v konkurenci več kot 1500 raziskovanj dodelil tudi letno nagrado za 2008 za najboljše raziskovanje na področju oživljanja in intenzivne medicine – Resuscitation/Critical Care Best Research and Abstract Presentation. Letos smo to nagrado dobili avtorji:

Štefek Grmec, Matej Strnad, Dejan Kupnik (OE Nujna medicinska pomoč ZD Adolfa Drolca Maribor), Andreja Sinkovič (Klinični oddelek za interno medicino, Oddelek za intenzivno medicino UKC Maribor), Gašper Marc (Roche, Podružnica Slovenija), Raul J. Gazmuri (Rosalind Franklin University, North Chicago): ERYTHROPOIETIN FACILITATES



RETURN OF SPONTANEOUS CIRCULATION AND SUBSEQUENT ICU ADMISSION IN VICTIMS OF OUT-OF-HOSPITAL CARDIAC ARREST (ERITROPOIETIN IZBOLJŠA POVRNITEV SPONTANEGA TRIPA IN SPREJEM NA INTENZIVNI ODDELEK PRI ŽRTVAH SRČNEGA ZASTOJA V PREDBOLNIŠNIČNEM OKOLJU)

Študija je potekala v OE NMP ZD Adolfa Drolca. Idejo študije smo zasnovali v SNMP Maribor v sodelovanju s prof. Gazmurijem. Študija je izjemna prav zaradi prenosa laboratorijskih dognanj v adaptirani obliki v predbolnišnično okolje v prvih minutah srčnega zastoja.

American Heart Association izroči nagrado prvemu avtorju.

Nagrada predstavlja izjemen uspeh. Letos smo edini nagrajenci (gledano v vseh kategorijah) izven ZDA in eni redkih evropskih dobitnikov v zgodovini te organizacije. Izvleček je objavljen v *Circulation* in sedaj sledi objava celotnega članka.

Raziskovanje je posledica večletnega uspešnega sodelovanja s prof. dr. R. J. Gazmurijem iz Chicaga. Kot je tudi poudaril prof. Steven Archer, predsednik Sveta, je takšno čezatlantsko sodelovanje izjemen prikaz znanstvenega sodelovanja in dozorevanja fizioloških dognanj v klinični praksi. Prav tako je poudaril, da je NMP Maribor izjemen primer, kako lahko v zelo majhnih sredinah živi navdušenje za znanost in se odrazi v izjemnih dosežkih.

Sedaj potekajo zelo spodbudne priprave za nadaljevanje omenjenega projekta in projekta o novem farmakološkem konceptu pri srčno-pljučnem oživljanju neposredno po zastoju. ■



»Zgodba, ki ni tako izjemno redka«

Zlata Remškar

Po obravnavi živahne stare gospe sem premišljala, da bi ji točnešo diagnozo njene bolezni lahko postavili že pred petnajstimi leti.

Zgodilo se je že pred nekaj časa, recimo leta 200X. Na dogodek sem skoraj pozabila. Ker pa sem se pred kratkim srečala z zelo podobno problematiko, sem se odločila, da vam bom skoraj pozabljeni dogodek vendarle predstavila.

Z rešilnim avtomobilom so jo pripeljali iz sto kilometrov oddaljenega kraja na ambulantni specialistični pregled v Ljubljano. Stara je bila nekaj čez osemdeset let. Napotna diagnoza za specialistični pregled se je glasila: srčno popuščanje?

Ker je bila pripeljana z rešilnim avtomobilom, sem jo pričela takoj obravnavati. V ambulantno je prišepala drobna stara gospa z živahnim obrazom, ki mi je, še preden sva se uspeli pozdraviti, vsa zadihana rekla: »Ali mi boste znali kako pomagati?« Nato je sedla na pripravljen stol in potegnila iz torbe zelo zajeten šop medicinske dokumentacije.

Rabila sem kar nekaj časa, da sem se prebila skozi »papirje«.

Iz prinesene dokumentacije je bilo razvidno, da je bila v zadnjih petnajstih letih velikokrat obravnavana v regionalni bolnišnici ter da so bile njene hospitalizacije sčasoma vse pogostejše. Skupaj šeststo jih je bilo v petnajstih letih več kot dvajset. Že od prve hospitalizacije dalje se jo je vodilo z diagnozami: srčno popuščanje, zvišan krvni pritisk, KOPB, pljučnica, ki se vseh petnajstih let niso spreminjale. Na odpustnicah se je spreminjal le njihov vrstni red.

Bolnica ni nikoli kadila. Do poznih šestdesetih let se je počutila kar zdravo, od takrat pa je imela postopoma vse hujše težave, med katerimi

je bila v ospredju zmanjšana fizična zmogljivost ter ponavljajoče se pljučnice.

Ob ambulantnem pregledu sem ji opravila rentgensko slikanje prsnih organov, preiskavo pljučne funkcije (v obsegu spirometrije, farmakodinamskega testa in izmeritve difuzijske kapacitete za CO) in posnela EKG. Preiskave so pokazale hudo okrnjenost pljučnih volumnov, ki se po bronhodilatatorju niso izboljšali, ter izrazite difuzijske motnje. Bila je v sinusnem ritmu. Rentgensko so bili vidni kazalci pljučne hipertenzije.

Ko sem iskala v prineseni dokumentaciji podatke o preiskavah, ki jih je bolnica opravila v teh letih (želela sem namreč pridobiti vpogled v dinamiko bolezni), sem ugotovila, da je imela v petnajst letih le dvakrat izmerjeno pljučno funkcijo v obsegu spirometrije ter v vseh teh letih še ni opravila ultrazvočnega pregleda srca. Večkrat pa so ji kontrolirali plinsko analizo arterijske krvi, ker je bila običajno sprejeta v bolnišnico v akutnem poslabšanju respiratorne insuficience, ki se je do odpusta izboljšala.

Premišljala sem, da kaže pregled obsežne bolniščne medicinske dokumentacije na »rutinski način« obravnavanja njenega zdravstvenega stanja, pri katerem je bila obravnavana podobna obravnavi, celo z vtisom, kot da bi se ob vsaki ponovni hospitalizaciji le prepisalo predhodno odpustnico.

Ker so jo pripeljali od tako daleč na specialistični pregled in se je pokazalo, da kljub številnim obravnavam v regionalni bolnišnici njeno zdravstveno stanje ni bilo diferencialno diagnostično razjasnjeno, sem se odločila bolnico sprejeti v bolnišnico, v kateri sem zaposlena, ter dopolniti dosedanje diagnostično obravnavo z ultrazvočnim pregledom srca in računalniško tomografijo prsnih organov visoke ločljivosti.

Z dodatnimi preiskavami so se pri bolnici pokazale obsežne bronhiektazije v spodnjih pljučnih predelih obojestransko, ki so povzročale tolikšno sekundarno prizadetost parenhima spodnjih pljučnih lobusov, da so ti postali nefunkcionalni. Pljučna perfuzija se je zato izrazito preusmerila v zgornje pljučne lobuse. Ultrazvočni pregled srca je ugotovil normalno morfologijo in funkcijo levega srca ter ocenil, da gre pri bolnici za že izraženo pulmonalno hipertenzijo srednje težke stopnje. Etiologija napredovalih bronhiektazij je ostala nerazjasnjena. Ob odpustu bolnice smo svetovali ustrezno zdraviti zagone pljučnih infektov ter ji, ob pojavu manifestne respiratorne insuficience, uvesti TZKD.

Po obravnavi živahne stare gospe sem premišljala, da bi ji točnešo diagnozo njene bolezni lahko postavili že pred petnajstimi leti in vsakokrat kasneje ob številnih ponovnih hospitalizacijah v regionalni bolnišnici ter da pri številnih bolnišničnih obravnavah bolnice niso bile izkoriščene diagnostične možnosti, ki jih ima omenjena regionalna bolnišnica. Če bi bila v teh petnajstih letih manj »rutinsko obravnavana«, je tudi ne bi bilo treba z reševalnim vozilom pripeljati sto kilometrov daleč na specialistični pregled, ki bi ga lahko potencialno enakovredno opravila v svoji regiji. Njeno stanje bi se torej lahko razjasnilo na sekundarni ravni in bolnice ne bi bilo treba usmeriti v obravnavo terciarne ravni.

Na drugi strani pa sem ugotavljala, da je bolničin zadnji izbrani zdravnik vendarle opazil dolgoletno nerazjasnjeno bolniščne zdravstvenega stanja in jo usmeril na »oddaljen specialistični pregled« ter s tem prispeval k opredelitvi njene bolezni. Brez njega tudi ne bi izvedeli za zgodbo živahne stare gospe, ki, kot se zdi, v naših razmerah ni tako izjemno redka. ■

Nepozabna izkušnja

Bojevanje z dvoročnim mečem

A. D. 1549 in leta 2008

Marjan Kordaš

Za zdravnika je pacient *objekt*, ki pa je hkrati *subjekt*. - Hm, mar zdravnik ni tudi *subjekt*? - Ni naključje, da se pojem *doktor* uporablja tako za učitelja kot za zdravnika. Pri obeh je njun *objekt* (proučevanja) hkrati *subjekt*. In prav zato se *doktor* (bodisi učitelj, bodisi zdravnik) zaveda, da je tudi on *subjekt*. In le od stopnje (globine) te zavesti je odvisno, ali bo njuno srečanje ali *mojstrenje spretnosti ali spopad*.

Oktober 2008, moje prvo predavanje v zimskem semestru.

Ko stopim na oder, se od množice študentk in študentov v predavalnici zame ne zmeni nihče. Vsesplošen klepet. Kot v zabavišču, ne pa v predavalnici.

Prižgem projektor, vložim prosojnico. Brez učinka.

Kaj mi je storiti? Brez besed oditi? Narediti kraval?

Ker v obeh primerih tvegam užaljenost z enako ali celo isto posledico, se odločim za drugo možnost. Uporabil sem jo tudi lani in predlani:

Domnevam, da je počilo kot bi ustrelil s puško, vsaj 100 dB. Hrup se je sprevrgel v grobno tišino in vse oči so prepadeno zastrmele vame. V kratkem nagovoru sem se trudil biti čim bolj strupen:

Da upam, da morebitni kolegici ali kolegu od hudega poka »ni ušlo« zaradi stresne inkontinence, da pa v danih razmerah nimam druge izbire. Da se zaradi nenavadnega ukrepa lahko pritožijo dekanu, rektorici ali predsedniku republike, da se mi pa zdi preneumno na začetku predavanja odrasle ljudi moledovati za ustrezno vedenje. »Takrat pa, ko boste delali v javni zdravstveni službi,« sem jim zabrusil, »boste lahko pustili paciente čakati. Kot koncesionarji si pa tega ne boste smeli privoščiti.« Dodatek, da »si ne dovolim, da bi me smrkavci zajebavali

(sic!)«, ki sem ga uporabil lani in predlani, sem letos opustil.

Zaradi mojega silovitega udarca s približno 10 kg težkim pultom po mizi se je začetna grobna tišina le počasi preoblikovala v običajno polglasno pogovarjanje. A kljub temu je bilo neprijetno ozračje. Ki naj bi sicer spodbujalo tudi spraševati predavatelja. In ko se je to po nekakšnem čudežu kljub vsemu zgodilo, sem bil pri odgovorih prekleto zoprn. Kolegica, ki je tvegala vprašanje, je tako kmalu odnehala.

Frontalna oblika pouka je v bistvu zastarela. Zaradi formalnih razlogov in pomanjkanja časa ni mogoče vzpostaviti naravnega dogajanja, *dialoga*. Učitelj in učenec nista v naravnem položaju *subjekta*, temveč sta potisnjena v nenaraven položaj *objekta*.



Ko je bilo vsega konec, sem razmišljal o kolegici, ki je kljub vsemu tvegala vprašanje, ter tuhtal o zaporedju *vzrok - povod - dogodek - posledica*. In nedvoumno ugotovil, da sta

ugotovljivi le srednji stopnji: *povod* in *dogodek*. Ti dve stopnji sta samo *simptom*. In seveda so znani tudi ukrepi za simptomatsko zdravljenje; na naši MFLj jih uporabljamo že vrsto let, učinek zdravljenja pa je seveda 0 (nič).

Kavzalno zdravljenje se loti *vzroka*. Seveda je znan in ta *vzrok* enako dobro uspeva tako v socialističnem kot v kapitalističnem šolskem sistemu. In s *posledicami* je enako. Kot *objekt* se rodimo, da bi postali *subjekt*. Pa vendar umiramo kot *objekt*. Se pravi, kar zadeva vzrok in posledice je kavzalno zdravljenje tako v visokošolski didaktiki kot v življenju sicer znano, pa vendar enako neuspešno kot v medicini, npr. pri hipertenziji, diabetesu tipa II ali debelosti.

Ne vem, ali je bilo ali naključje, ali nezaveden načrt, ali čudež, da sem še istega dne popoldne srečal kolegico, ki je dopoldne tvegala vprašanje. In prepričan sem tudi, da je bil čudež, da sva se ustavila, se pozdravila in spregovorila(!). Očitno ne pri meni, ne pri tej kolegici ni bilo nobenih (iracionalnih) zamer in pogovor nama je (s)tekel v pričakovano smer.

Od vseh ljudi, ki jih poznam, se imam za najbolj radovednega. Tako sem že prav na začetku najinega pogovora opazil, da ima kolegica čez ramo obešeno ozko črno reč, dolgo vsaj dober meter. Seveda sem jo povprašal, kaj je to, in odgovor je bil »... dvoročni meč«. No, sem rekel, to je pa dobra šala, in potem je kolegica tisto črno reč odprla in iz nje potegnila - dvoročni meč... Da redno trenira ne le tovrstno bojevanje, temveč tudi boj z bodali ter rokoborbo...

Tu bom preskočil nadaljevanje najinega pogovora, v katerem mi je kolegica L. Z. opisala vzrok za svojo (po mojem takratnem videnju nenavadno) dejavnost. Poslovala sva se šele potem, ko mi je obljubila, da bo svojega učitelja (bojevanja z dvoročnim mečem) povprašala, ali dovoli, da si (jaz) ogledam zadevno učno uro.

Ko sem v učilnico prišel prvič, me je kolegica L. Z. najprej predstavila učitelju R. V., ki je po temeljni izobrazbi zgodovinar(!). Med drugim mi je na kratko pojasnil, da to, kar uči, ni šport. Da pri tej dejavnosti ni zmagovalca, ne premaganca. Da bojevanje poteka po opisih v učbenikih iz 15. in 16. stoletja. Če me zanima, da mi bo priskrbel nekaj ustreznih knjig.

Medtem ko sem poslušal učitelja R. V., sem opazoval, kako se je kolegica L. Z. ogrevala. Šlo je za dve vaji, ki sem ju doslej videl le v filmih, pri vajah ameriške mornariške pehote (t. i. marinci). Nekako nisem znal uskladiti gracilnega videz kolegice L. Z. njenim hitrim ponavljanjem skoka (na mestu) v zavidljivo višino... Ker se organiziran trening skupine še ni začel, sem opazoval tudi druge borilce, ki so vadili začetni položaj bodisi napadalca bodisi branilca.

Pri drugem obisku mi je učitelj R. V. pokazal več knjig. Izposodil sem si dve. Sicer sem samo opazoval in za utrditev spomina naredil nekaj fotografij. Doma sem si najprej fotografije povečal na računalniku, potem pa prelistal izposojeni knjigi, si ogledal slike in prebral nekaj legend. Najbolj me je pritegnila tista, ki opisuje mečevanje v poznem srednjem veku, po rokopisu *Codex Wallerstein* iz leta 1549. Večinoma gre za slike z navodilom v legendah, napisanih v *Mittelhochdeutsch* nemščini. Zato so hkrati prevedene v sodobno nemščino oz. angleščino. Ker pri prevajanju v slovenščino nisem poznal

nekaterih izrazov, sem jih poiskal na spletu (za nadržbnosti glej npr.: <http://video.aol.com/video-detail/longsword-techniques-by-zornhau-offenbachgermany/3113155330>).

Potem ko sem nekoliko sistematiziral svoje vtise, sem kolegico L. Z. prosil za pogovor. Ker se je izkazalo, da tudi zanjo velja moje pravilo, da »... *drvi od predavanja do predavanja ter od testa zaprtega tipa do testa zaprtega tipa in da nima časa učiti se...*«, sva se zmenila, da jo povabim na kosilo v jedilnico KC. Če odštejem dejstvo, da sva oba pojedla le polovico tistega, kar je bilo na krožnikih, je bil pogovor izjemno zanimiv. Seveda tudi pogled *subjekta* na pouk na MFLj, predavanja, izpite, obleke ter vpliv slednje na oceno pri izpitu... Predvsem pa o filozofiji bojevanja z dvoročnim mečem. Da gre vedno za par, v katerem si oba *subjekta* izmenjujeta vlogo bodisi napadalca bodisi branilca. Da si praviloma partnerje zamenjujejo, a vsak par ima svoje subjektivne značilnosti. Kolegica L. Z. sebe opisuje kot bolj eksplozivno, da se mora nadzorovati, posebej če je v paru s prijateljico X, ki je bolj plaha, ki zato potrebuje dlje časa za prilagajanje, bodisi za napad bodisi za obrambo...

V naslednjih dneh sem za to vrsto bojevanja z dvoročnim mečem ugotovil naslednje značilnosti: gre za par, ki se uči; partnerja si izmenjujeta vloge; ni tekmovanje, temveč nekakšno prilagajanje; ni zmagovalca, ne premaganca; »spopad«

je vedno neponovljiv, ker sta partnerja hkrati *objekt* in *subjekt*.

Nepozabna izkušnja! Ne zdi se mi potrebno analizirati, zakaj in čemu v predavalnici konflikt. A prav zaradi slednjega sem ga ne le razrešil, temveč se tudi mnogo naučil:

Ni naključje, da se pojem *doktor* uporablja tako za učitelja kot za zdravnika. Pri obeh je njen *objekt* (proučevanja) hkrati *subjekt*. In prav zato se *doktor* (bodisi učitelj, bodisi zdravnik) zaveda, da je tudi on subjekt. In le od stopnje (globine) te zavesti je odvisno, ali bo njuno srečanje ali *mojstrenje spretnosti* ali *spopad*. Legenda, napisana v *Mittelhochdeutsch* nemščini pod priloženo sliko (1), se v nekoliko baročno ovinkasti slovenščini bere takole:

Torej, ko nekoga navežeš z mečem, udari ga po obrazu s konico in zasuči s kratkim rezilom v njegov obraz tako, kot je narisano tu, da ga lahko usekaš z mečevim gumbom (Schwertknopf) ali da ga s polovičnim mečem (Halbschwert) lahko suneš v obraz.

Mar navodilo v legendi iz leta 1549 o sunku v obraz še vedno velja? Tudi v letu 2008? ■

(1) Ponatisnjena z dovoljenjem iz *Codex Wallerstein* (avtorja Grzegorz Żabinski in Bartłomiej Walczak), založba *Paladin Press*, Boulder, Colorado, ZDA.

Errata Corrige

K članku »Tečaj osnovne veščine kirurgije roke«, avtorja: Katarina Živec, Anže Militarov, ki je bil objavljen v *Isis* december 2008, str. 83, objavljamo pripadajoči fotografiji.



Foto: Klemen Rogelj



Foto: Klemen Rogelj

Tretja azijsko-pacifiška konferenca o pljučnem raku

Matjaž Zwitter

Tretja azijsko-pacifiška konferenca, ki se je odvijala od 5. do 7. decembra v indijskem Hyderabadu, je zbrala 764 udeležencev iz 25 držav. Vsaj tri razloge lahko najdemo v podporo pobudi, da v deželah v razvoju (kakor danes z lepo besedo poimenujemo svetovno revščino) zberejo vse, ki se ukvarjajo s problemom pljučnega raka.

Prvi razlog je, da incidenca pljučnega raka pri njih še vedno strmo narašča, kar seveda lahko pripišemo vse pogostejšemu kajenju, pa tudi onesnaženemu okolju. Preventiva je še vedno osnova vse strategije ukrepov za zmanjševanje bremena pljučnega raka, v praktični izvedbi pa preventiva zahteva popolnoma druge poti kot v razvitem svetu.

Drugi razlog je, da ima pljučni rak pri azijski rasi drugačno biologijo, na kar smo postali pozorni predvsem po spoznanju, da so pri njih tarčna zdravila (gefitinib, erlotinib) pogostejše učinkovita. Pri azijski rasi namreč mnogo pogostejše kot pri ostalih rasah najdemo specifično mutacijo gena receptorja epidermnega rastnega faktorja, takšna mutacija pa napoveduje dobre možnosti za zdravljenje z omenjenimi tarčnimi zdravili. To seveda spreminja strategijo zdravlje-

nja, kjer se tarčna zdravila pogosto pojavijo že v prvi liniji in ne šele po neuspešnem citostatskem zdravljenju.

Tretji vzrok za ločeno, azijskim problemom posvečeno konferenco o pljučnem raku pa je dejstvo, da so te dežele v popolnoma drugačnem ekonomskem položaju kot razviti svet. Splošnega zdravstvenega zavarovanja, ki bi temeljilo na solidarnosti, tako rekoč ni in vsak posamični bolnik pomeni ne le medicinski, pač pa tudi socialni problem. Pogosto se dogaja, da zbolí edini, ki družino preživlja. Družina proda vse svoje imetje, da bi plačala zdravljenje, in na koncu ostane brez vsega – brez očeta, brez strehe nad glavo, seveda tudi brez pokojnine.

Tretja azijsko-pacifiška konferenca je v začetku decembra v indijskem Hyderabadu zbrala 764 udeležencev iz 25 držav. Bilo bi jih še več, če ne bi dva tedna pred začetkom konference v Mumbaju (nekoč Bombaj) odjeknile bombe, ki so preplašile mnoge med udeleženci in tudi med povabljenimi predavatelji. Najbolj je organizatorje zbolela prepoved Kitajske, ki svojim zdravnikom zaradi domnevne nevarnosti ni izdala izstopnih vizumov. Več kot 100 kitajskih udeležencev je ostalo doma. Po besedah organizatorjev še ena od kitajskih neprijaznosti,

s katerimi poskušajo kaznovati svojo južno sosedo za podporo dalajlami...

Indija je bila seveda kar se da varna, če odmislimo promet, kjer se na tripasovni cesti gnete vsaj šest kolon vozil vseh vrst, med njimi pa begajo še pešci. Prijaznost gostiteljev, kakršne pri nas v Evropi nismo več vajeni: tisti, ki smo v Hyderabad vendarle prišli, smo bili deležni neverjetne gostoljubnosti.

V strokovnem pogledu je bila konferenca na visoki ravni. Indija vendarle ni le revščina in srednji sloj predstavlja kar številčen delež njihovega prebivalstva. Tudi v znanosti se Indija zelo uspešno kosa z razvitim svetom. Poleg domačih strokovnjakov so povabili tudi preko 30 predavateljev iz tujine. Mene so povabili, da predstavim naše izkušnje zdravljenja pljučnega raka z zelo nizkimi odmerki gemcitabina v dolgi infuziji. Na konferenci sem prvič predstavil izkušnje naše primerjalne študije, ki je pokazala, da je za bolnike z razširjenim nedrobnoceličnim pljučnim rakom zdravljenje z nizkimi odmerki gemcitabina v šesturni infuziji vsaj enako učinkovito kot petkrat višji odmerek istega zdravila v kratki polurni infuziji. Zdravljenje z nizkimi odmerki gemcitabina je povezano z zelo malo neželenimi pojavami, pri ploščatoceličnem pljučnem raku pa je celo znatno bolj učinkovito kot višji odmerek v kratki infuziji. Izkušnje, zelo podobne našim, je predstavil tudi prof. Purvish Parikh, ki v Mumbaju prav tako ubira lastne poti zdravljenja in ne sledi izključno interesom farmacevtske industrije. Žal med nami ni bilo kolegov iz kitajskega Nankinga, tako da smo njihove izkušnje z enakim zdravljenjem morali predstaviti le na osnovi že objavljenega članka. Sledila je živahna razprava in vse kaže, da bomo dobili kar nekaj posnemovalcev.

Za zaključek le še tole. Indija je dovolj velika in tudi gospodarsko pomembna, da si lahko dovoli, da ne upošteva patentne zaščite novih zdravil. Za škatlico gefitiniba (iresa) ali erlotiniba (tarceva) evropske zdravstvene zavarovalnice plačajo več kot 2000 evrov, v Indiji pa so ta zdravila naprodaj po 80 evrov. Komentar k tem številkam naj si zamisli vsakdo sam. ■



Vabljeni predavatelji

Spoštovani bralci Izide

Kot smo napovedali v obvestilu, objavljenem v nekaj zadnjih številkah naše stanovske 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

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

JANUAR 2009		TEMA	VSEBINA	
9.–10. ob 9.00				
LJUBLJANA	25. UČNE DELAVNICE ZA MENTORJE DRUŽINSKE MEDICINE: SAMOZDRAVLJENJE podroben program na spletni strani Zbornice	35	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante družinske medicine, druge zdravnike v osnovnem zdravstvu in mentorje družinske medicine	
12.–15. ob 9.00				
KRANJSKA GORA Hotel Larix	COURSE ON TREATMENT OF ARTICULAR AND PERIARTICULAR FRACTURES podroben program na spletni strani Zbornice	40	tečaj o zdravljenju sklepnih in obsklepnih poškodb z delavnicami na umetnih kosteh in razpravami je namenjen specialistom in specializantom kirurgije in travmatologije	
15.–17. ob 9.00				
LJUBLJANA	1. NADALJEVALNI TEČAJ MEDICINSKE HIPNOZE ZA ZDRAVNIKE, PSIHologe IN MEDICINSKE DELAVCE podroben program na spletni strani Zbornice	40	nadaljevalni tečaj	
16. ob 9.00				
LJUBLJANA Šmartinska cesta 152, Kongresna dvorana Mercurius, BTC City	VODENJE BOLNIKA Z RAKOM V OSNOVNEM ZDRAVSTVENEM VARSTVU podroben program na spletni strani Zbornice	150	konferenca je namenjena zdravnikom družinske medicine, algologom, imenovanim zdravnikom, onkologom, patronažnim medicinskim sestram	
16. ob 14.00				
LJUBLJANA Hotel Lev	VSE O CEPILNEM KOLEDARJU, KOT GA VIDI PEDIATER NA PRIMARNI RAVNI	***	pediatrično strokovno srečanje	
23.–24.				
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	
24. ob 9.00				
LJUBLJANA Kongresna dvorana Mercurius v BTC	5. KONGRES SLOVENSKEGA DRUŠTVA ZA OSTEointegracijo: IMPLANTOLOGIJA V KLINIČNI PRAKSI	130	kongres je namenjen zobozdravstvenim delavcem	
27. 1.,				
10.–11. 4., 11.–17. 5.	Sklop treh dogodkov: PALIATIVNA OSKRBA V ZADNJIH DNEH ŽIVLJENJA (učna delavnica), LAJŠANJE KLINIČNIH, PSIHOSOCIALNIH IN DUHOVNIH PROBLEMOV V PALIATIVNI OSKRBI TER SODELOVANJE IN ORGANIZACIJA VEČPOKLICNIH TIMOV (dvodnevna delavnica), PALIATIVNA OSKRBA: »BED-SIDE TEACHING« – UČENJE OB BOLNIKOVIM POSTELJI podroben program na spletni strani Zbornice	***	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	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

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. Lokalni organizator: asist. Dean Klančič, 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	***
Klinični oddelek za travmatologijo, UKC Ljubljana, mag. Vladimir Senekovič, dr. med.	prijave: ga. Teja Kučina, E: primatravel@siol.net , informacije: mag. Vladimir Senekovič, dr. med., T: 01 522 32 55, F: 01 522 22 42	400 EUR	***
Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS)	prijave: do 15. 12. 2008 na E: drustvo.medicinska.hipnoza@gmail.com ali na T: 01 516 14 12, 051 386 138	200 EUR	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino MF v Mariboru, European forum for primary health, asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.	prijave: ga. Barbara Toplek, Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, SI-1000 Ljubljana, Slovenija, E: barbara.toplek@mf.uni-lj.si ali info@zrdm-idfm.si , T: 01 438 69 13, F: 01 438 69 10	120 EUR (DDV vključen) za plačila do vključno 15. decembra 2008, 150 EUR (DDV vključen) za plačila po 15. decembru 2008	***
SZD – Združenje za pediatrijo, prim. Ivan Vidmar, dr. med.	informacije: ga. Nevenka Lepin, E: nevenka.lepin@kclj.si , T: 01 522 29 65	kotizacije ni	***
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 društvo za osteointegracijo, dr. Boris Simončič, dr. dent. med.	prijave in informacije: SDO, Zaloška 159, 1120 Ljubljana, T: 01 54 00 200, E: simed@si21.com	200 EUR	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – 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	glej program	***

JANUAR 2009		TEMA	VSEBINA	
29.–30. ob 9.00				
MARIBOR Univerzitetni klinični center, velika predavalnica, 16. nadstropje kirurške stolpnice	SIMPOZIJ O OČESNIH POŠKODBAH	ni omejeno	strokovno srečanje je namenjeno oftalmologom in vsem ostalim zdravnikom, ki jih ta tema zanima	
29.–31.				
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	
30.–31.				
ŠMARJEŠKE TOPLICE	III. SLOVENSKA ŠOLA EHOKARDIOGRAFIJE podroben program na spletni strani Zbornice	omejeno – do zasedbe prostih mest	učna delavnica za specializante in specialiste interne medicine, kardiologe, anesteziologe in pediatre	
FEBRUAR 2009				
6.				
KRANJSKA GORA	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	

ORGANIZATOR	NASLOV	K. TOČKE
Oddelek za očne bolezni UKC, Katedra za oftalmologijo, Medicinska fakulteta Maribor, International Society of Ocular Trauma, prof. dr. Dušica Pahor, dr. med.	prijave: Oddelek za očne bolezni UKC Maribor, Ljubljanska 5, informacije: ga. Majda Jurkovič, T: +386 2 321 16 30, F: +386 2 331 23 93, E: info.ofta@uko-mb.si	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 18
Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za ehokardiografijo	informacije: prim. Janez Tasič, dr. med., T: 03 543 44 21, E: janez.tasic@zd-celje.si, prijave: ga. Saša Radelj, tajništvo Združenja kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01, E: sasa.radelj@kclj.si	400 EUR (DDV je vključen), na TRR: NLB d. d., Ljubljana, 02222-0018629680, s pripisom »Šola ehokardiografije« in navedbo priimka udeleženca v postopku
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 ***

FEBRUAR 2009		TEMA	VSEBINA	
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	
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	
27.				
CELJE Narodni dom, Trg celjskih knezov 9	CEDENS – XV. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA podroben program na spletni strani Zbornice	***	strokovno srečanje za vse zobozdravnike	
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	
5.–7.				
KRANJSKA GORA Hotel Lek	ESAO – WINTER SCHOOL 2009	100	mednarodna podiplomska šola je namenjena nefrologom, internistom, kardiotransplantologom, hepatologom, intenzivistom	
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	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

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. dr. 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	***
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 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
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	v postopku
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	***
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	***
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)	***

MAREC 2009		TEMA	VSEBINA	
12.–14.				
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	neomejeno	podiplomska šola je namenjena specializantom interne medicine, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, internistom	
14. ob 8.30				
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, Korytkova ulica 2	OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2009 »OTORINOLARINGOLOŠKI PROBLEMI PRI OTROKU« podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	podiplomski seminar za pediatre, šolske in družinske zdravnike	
17. ob 13.00				
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	RECENT ADVANCES IN SARCOIDOSIS RESEARCH - THE 1ST MEETING	ni omejeno	strokovno-raziskovalno-klinično srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	
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 predavalnica	DELAVNICE KIRURŠKIH TEHNIK – INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV podroben program na spletni strani Zbornice	18	delavnica je namenjena specializantom in specialistom kirurgije, travmatologije in ortopedije	
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	
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	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

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	***
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	***
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	***
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)	***
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	***
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	***

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, _____

Splošna bolnišnica Izola

Smo regijska bolnišnica z izdelano vizijo razvoja po posameznih zdravstvenih dejavnostih. Želimo postati eden od pomembnejših centrov za opravljanje zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji in obenem svoje storitve uporabnikom ponuditi na kakovosten in prijazen način.

K sodelovanju vabimo

zdravnika specialista pediatrije (m/ž), ki ga zanima delo, vezano na področje dela predstojnika oddelka za pediatrijo.

Od kandidatov pričakujemo:

- ustrezno strokovno izobrazbo in strokovni izpit,
- veljavno licenco Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- zaželeno je znanje italijanskega jezika.

Ponujamo zaposlitev za nedoločen čas, polni delovni čas, samostojno in ustvarjalno delo, možnost izobraževanja in vključevanja v projektno in raziskovalno delo ter strokovnega in osebnega razvoja.

V kolikor ste v oglasu prepoznali priložnost za skupno sodelovanje, pričakujemo vaše ponudbe z življenjepisom do 10. januarja 2009 na naslov: Splošna bolnišnica Izola, Polje 35, 6310 Izola.

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 specialista ginekologije in porodništva (m/ž)**
7. **zdravnika specialista interne medicine (m/ž)**
8. **zdravnika specialista radiologije (m/ž)**
9. **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
10. **zdravnika specialista 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.

Zobna ambulanta Zagožen Ludvig Gabrijela, dr. dent. med.

zaposli

zobozdravnika (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Prijave: E: gabrijela.zl@siol.net, ali pisno na naslov: Zobna ambulanta Zagožen Ludvig Gabrijela, Mariborska 76, 3000 Celje.

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.

Osnovno zdravstvo Gorenjske

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.

Zdravstveni dom Zagorje

Na podlagi 23. člena Zakona o delovnih razmerjih, 20. člena Statuta ZD Zagorje in 11. člena KP za zdravnike in zobozdravnike objavljamo prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije oz. družinske medicine za delo v otroško-šolskem dispanzerju (m/ž)

s polnim delovnim časom za določen čas 12 mesecev in štirimesečno poskusno dobo.

Pogoji:

- zdravnik s specialističnim izpitom iz pediatrije/družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Zagorje. O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku osmih dni po odločitvi.

Zdravstveni dom Zagorje

Na podlagi 23. člena Zakona o delovnih razmerjih, 20. člena Statuta ZD Zagorje in 11. člena KP za zdravnike in zobozdravnike objavljamo prosto delovno mesto

zobozdravnika za otroško in preventivno zobozdravstvo (m/ž)

za nedoločen čas, s skrajšanim delovnim časom 15 ur na teden.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta – smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Zagorje. O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku osmih dni po odločitvi.

Zdravstveni dom Zagorje

Na podlagi 23. člena Zakona o delovnih razmerjih, 20. člena Statuta ZD Zagorje in 11. člena KP za zdravnike in zobozdravnike objavljamo prosto delovno mesto

zdravnika specialista interne medicine za delo v specialistični ambulanti za pljučne bolezni in alergologijo (m/ž)

s polnim delovnim časom za določen čas – do 20. julija 2011, in štirimesečno poskusno dobo.

Pogoji:

- zdravnik s specialističnim izpitom iz interne medicine in podiplomskim študijem iz pulmologije in alergologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Zagorje. O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku osmih dni po odločitvi.

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 Slovenj Gradec

takoj zaposli

dva zdravnika (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, sekundarijat ali ustrezna specializacija,
- veljavna licenca,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Na voljo je družinsko stanovanje.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom Slovenj Gradec, Partizanska pot 16, 2380 Slovenj Gradec.

Javni zavod Bolnišnica Topolšica

zaposli

zdravnika specialista V/VI (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Opis del in nalog: diagnostika, terapija in rehabilitacija na bolnišnično-rehabilitacijski ravni. Tarifni razred po veljavni kolektivni pogodbi: VIII. Zahtevana pokl./strok. izobrazba: doktor medicine, specialist.

Pisne vloge pošljite na naslov: Javni zavod Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica, oz. pokličite na T: 03 898 77 06. Rok za prijavo kandidatov: 180 dni.

Zdravstveni dom Črnomelj

vabi k sodelovanju

zobozdravnika specialista ortodonta (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom na delovnem mestu:

- zobozdravnika v ambulanti za mladino (pol delovnega časa) in
- zobozdravnika specialista ortodonta v ambulanti za ortodontijo (pol delovnega časa).

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer stomatologija,
- specializacija iz ortodontije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Rok za oddajo vlog je 30 dni. Možno je tudi pogodbeno opravljanje dela zobozdravnika specialista ortodonta v ambulanti za ortodontijo. Dodatne informacije lahko dobite v kadrovski službi ZD Črnomelj, T: 07 306 17 02.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Črnomelj, Delavska pot 4, 8340 Črnomelj.

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 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 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.

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 vljudno vabimo na razgovor. Za dodatne informacije pokličite T: 051 601 313.

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.

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

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.

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.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba splošne medicinske dejavnosti vabi v svoj delovni kolektiv za delo na področju splošne/družinske medicine

dva zdravnika s temeljno specializacijo iz splošne ali družinske medicine (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca za področje splošne ali družinske medicine ali
- zaključen sekundarijat in opravljen licenčni izpit,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v dinamičnem okolju v primestni ter mestni ambulanti, v domu starejših občanov, kot tudi sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- vključitev v izobraževanje študentov, specializantov,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo po kolektivni pogodbi.

Sprva bi sklenili delovno razmerje za nadomeščanje zdravnic v času porodniškega dopusta, v nadaljevanju pa vam nudimo izjemne možnosti za delo v lastni ambulanti.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve, T: 02 228 62 59.

Rok za prijavo je 15 dni po objavi razpisa.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba splošne medicinske dejavnosti vabi v svoj delovni kolektiv - onkološkega dispanzerja

zdravnika specialista V/VI (specialista interne medicine) (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca za področje interne medicine,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v dinamičnem okolju v mestni ambulanti, v domu starejših občanov, kot tudi sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- vključitev v izobraževanje študentov, specializantov,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo po kolektivni pogodbi.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve, T: 02 228 62 59.

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,
- zaželene so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno 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 dr. Adolfa Drolca Maribor, OE Medicine dela, prometa in športa

vabi v svoj delovni kolektiv

zdravnika s specializacijo iz oftalmologije (m/ž)

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz oftalmologije,
- veljavna licenca,
- znanje slovenskega jezika.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve na T: 02 228 62 59.

Zdravstveni dom Koper

objavlja dve prosti delovni mesti

zdravnika v službi splošne medicine (m/ž)

za nedoločen čas.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- zaželene so delovne izkušnje,
- 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.

Freske z Aljaske

Tomaž Rott

Kadar ni prevelike vročine, je čudovito uživati v puščavi, v poletni vročini pa se je kar praktično umakniti v hladnejše kraje. Najini odločitvi za potovanje na Aljasko je botrovala stara še neuresničena želja. Ko sva pred leti v Vancouvru opazovala velike turistične ladje, ki so bile namenjene na križarjenje proti Aljaski, sem Urški dejal: »Ko bova »velika«, bova šla tudi midva na tako potovanje.« Urška pa je le dodala: »Ob svetem nikoli!« In ta sveti nikoli je vrtal ves čas po meni, da sem se ga skušal znebiti z izpolnitvijo stare želje, saj je bil za to primeren razlog.

Tokrat ni bilo nobenega strokovnega sestanka, čeprav mi je moj gimnazijski sošolec, študijski kolega in dolgoletni prijatelj dejal, da je južni del Aljaske deloma spoznaval med strokovnim kongresom, ki je med križarjenjem potekal na ladji.

Patologi smo pri svojem delu »navajeni bolj hladnega okolja«, in vendar se ne spomnim, da bi organizirali kakšen pomemben kongres patologije na takem križarjenju.

Pred leti so sicer patologi organizirali nekoliko nenavaden **potujoči kongres po romarski poti sv. Jakoba, Caminu**, kongres pa zaključili v romarskem mestu Santiago de Compostela

na zahodu Španije. Na ta način so se hoteli pridružiti kot »nova zgodovinska skupina romarjev« kraljem in cesarjem, plemenitašem, duhovništvu, kriminalcem (ki so jim za 700-kilometrsko pešpot oprostili kazen) in običajnim smrtnikom.

Za potovanje po Aljaski z **avtomobilom** moraš imeti že nekaj korajže in željo po avanturizmu. Žal ima potovanje z avtom nekaj pomanjkljivosti, saj je do nekaterih zanimivih ledeniških pojavov nemogoč dostop, v narodnih parkih pa je tudi omejeno gibanje avtomobilov. Poleg tega je zaradi precejšnjih razdalj treba imeti tudi dovolj časa in nekaj pod palcem.

Če primerjam lanske stroške na Havajih in letošnje na Aljaski, se mi je kljub letos zelo ugodnemu tečaju evra zdelo na Aljaski vse skoraj dvakrat dražje. Da Aljaska ni poceni, so potrdili tudi Američani, s katerimi sva se spoznala med potovanjem (med njimi je bil nek profesor s Princetona na moč podoben španskemu kralju Juanu Carlosu in sem ga zato ves čas naslavljal »His Majesty«).

Povsod na severu, tudi na Islandiji ali Norveškem, verjetno skušajo v relativno kratki visoki sezoni iztržiti čim več. Morda na severu **plačuješ več**, ker so dnevi daljši in jih lahko dalj časa izkoriščaš. V tem je zrno resnice: na Aljaski sva šla na raftanje po ledeniški reki Nenani

po 6. uri zvečer, vendar še v lepem sončnem vremenu, ki je trajalo skoraj do 10. ure zvečer. Na Islandiji pa sva šla gledat kite »sredi belega dne« ob 9. zvečer.

Kratko visoko sezono morajo hitro izkoristiti, saj držijo besede enega od simpatičnih vodičev: »Veste, na Aljaski imamo **štiri letne čase**: junij, julij, avgust in zimo.« Pa še res je!

Zimska sezona ima sicer svoje posebnosti, na primer smučanje po »celcu«, opazovanje polarnega sija idr. Vendar je gostov tedaj mnogo manj. Za poletno sezono pa prihaja mnogo mladih Američanov pomagat pri delu s turisti in relativno kar dobro zaslužijo.

Z dolžino dni si lahko razložimo, da ponekod na Aljaski zrastejo nekatere **poljščine z izjemnimi dimenzijami**, kot na primer ogromne buče. Za rast zelenjave je potrebno dovolj zmerne temperature in dolgi, po možnosti sončni dnevi.

Tako smo lahko na Norveškem uživali ob sicer poznih, a odličnih slastnih jagodah in češnjah (na grame). Na Islandiji smo lahko opazovali bujno rast zelenjave, česar pa zaradi svojih tradicionalnih navad in uvoženih »sodobnih(?) mekdonaldizmov« ne izkoriščajo.

Križarjenje in posebej organizirane dejavnosti niso pretirano drage (razen poleti z letali in helikopterji, bodisi na ledenike bodisi preko



najvišjih gora). Največji strošek predstavljajo predvsem letalski poleti na izhodiščno točko križarjenja in nato pot domov.

Že sam **polet do Vancouvra**, kjer se je naše križarjenje pričelo, je ob lepem vremenu lahko izredno zanimiv. Naše letalo so verjetno zajeli visokoatmosferski vetrovi, saj smo občasno leteli tudi več kot 1070 km/h. Preleteli smo severni del Islandije, Grenlandijo, področje med Baffinovim otokom in otoki kraljice Elizabete (kjer »zaradi belih oblakov« nismo videli tam živečih belih medvedov), severno Kanado in Skalno gorovje.

Križarjenje na preko 300 m dolgi in 35 m široki ladji z 12 nadstropji z 800 člani posadke iz 60 držav in okrog 2500 potniki iz 20 držav se je začelo v Vancouvru in kasneje nadaljevalo po t.i. Notranjem prehodu (Inside Passage) med številnimi večjimi in manjšimi otoki. Ustavili smo se v Ketchikanu, središču ribiške in lesne industrije, glavnem mestu Aljasko Juneauju, izhodišču za zlatokope Skagwayju in indijanskem naselju na otoku Hoonahu. Eden od vrhuncev križarjenja je bil gotovo ogled Hubbardovega ledenika, v globokem zalivu z naseljem Yakutat ob vhodu. Po izkrcaju v Sewardu smo nadaljevali pot z avtobusi do največjega mesta na Aljaski, Anchorageja, naprej do Talkeetne in narodnega parka Denali.

Aljaska ali Poslednja meja oziroma Dežela polnočnega sonca je najsevernejša, največja, najhladnejša in predzadnja (pred Havaji) pridružena država ZDA. Meri preko 1,7 milijona km², od tega je kopnega skoraj 1,5 milijona km². Prebivalcev je dobrih 600.000, od tega slaba polovica v Anchorageju. Obilno gorata dežela naj bi imela povprečno višino preko 3000 m (upam, da je ta uradni podatek pravi).

Prvi **prebivalci** so prišli po zaledenem kopnem mostu sedanje Beringove ožine že pred 30.000 do 12.000 leti, pred 8000 pa s čolni še druga ljudstva. Nekatera glede na izvor povezujejo s Samiji na Laponskem. Med stara ljudstva sodi več skupin Indijancev (npr. Atabaski, ki jih povezujejo z Ameriškimi Navaji) in več skupin Inuitov oziroma Eskimov (v jeziku Atabaskov so to »jedci surovega mesa«). Danes se med potomce starih ljudstev prišteva 16 odstotkov prebivalcev.

Aljaska leži na »tihooceanskem ognjenem prstanu« s številnimi potresi in vulkanskimi izbruhi. Eden najhujših izbruhov v dokumentirani zgodovini je bil leta 1912 na vulkanu Novarupta, potres s stopnjo 9,2 po Richterjevi lestvici pa je prizadel Anchorage leta 1964.

Za domačine na Aljaski je vreme lepo, če prši in piha, nebo pa je prekrito s težkimi sivimi oblaki.

V vsakem kraju smo imeli med celodnevni postanki možnost raznih dejavnosti, npr. helikopterskih, letalskih, ladijskih izletov, čolnarjenja, vodenih ogledov, vodnih športov itd.

Močno razčlenjeno nizko **otočje Notranjega prehoda** spominja na razvejanost Kornatov, otoki pa so, kdo bi verjel, porasli s smrekami. Otoki in otočki, meglice, trganje oblakov in posamični prodorni žarki svetlobe ob temnih oblakih lahko ustvarjajo različne razpoloženske prizore, vredne fotografskega spomina.

Ketchikan je najbolj južno večje naselje Aljasko s približno 8000 prebivalci, znano po lesni industriji, ribištvu, konzerviranju lososov, znano po verjetno največji zbirki starih, obnovljenih in novih totemov, ki kažejo družinsko deblo posameznikov in njihovih sorodnikov. Znano je po obilnih padavinah – če si v mestu več kot eno uro, bo vsaj enkrat deževalo. Letno pade povprečno preko 3800 mm dežja in preko 90 cm snega. Poleg obilnih padavin so ponosni tudi na najvišjo pošto številko v ZDA, 99950. Danes se kuje dobiček predvsem na račun turizma. Staro naselje ob divjem potoku je preurejeno za prodajo turističnega blaga, kamor pa verjetno ne sodi simpatično dekle pred nekdanj slovitim lokalom Dolly, kljub temu, da ima kratko krilo z vidnimi podvezicami, za katerimi so šopi bankovcev. Lokal je bil včasih zelo obiskan, možje so z delovišč prihajali po »skrivni gozdni poti poročenih mož«. V mestu je neobičajno veliko

draguljarn, kar je razumljivo, saj zlato in dragulji na Aljaski niso obdavčeni.

Juneau s slabimi 31.000 prebivalci, manjše od Anchoragea (270.000 prebivalcev) in Fairbanksa (približno 80.000 prebivalcev), je glavno mesto Aljasko. Leži v ozkem fjordu, kjer se drenjajo velike turistične ladje, med gorama Roberts in Juneau. Sneg z njunih strmih pobočij je pred leti zasul večji del mesta. Mesto je dobilo ime po zlatokopu Joeu Juneauju. Nekateri ga opisujejo kot mali San Francisco. Tu sva izkoristila dan za fotografski »safari« z avtom in hitrim čolnom, na katerem smo opazovali kite grbavce, tjulnje, morske leve, gologlave (beloglave) orle – simbol Amerike, in ježevca (ki je spal na drevesu). Zapeljali smo se tudi do jezera Mendenhalla, v katerega se lomijo manjši skladi istoimenskega ledenika. Z žičnico sva se zapeljala na goro Roberts, kjer se je raznovrstno gorsko cvetje deloma že skrivalo v snegu. Rumene vijolice so bile mnogo večje kot pri nas. Zjutraj sem na ladji opazoval krokarje, ki so za domorodce stvarniki sveta in prinašalci svetlobe. Bolj praktično gledano pa so odnašalci hrane, včasih neposredno izpred ust presenečenih gostov.

Skagway je še globlje v istem fjordu, kot je glavno mesto. Konec 19. stoletja je bilo glavno izhodišče za iskalce zlata, ki so preko 900 m visokega Belega prelaza potovali na področje pokrajine in reke Yukon. Tedaj so zgradili ozkotirno železnico, ki se drzno hitro dviga in vijuga ponekod po strmih prepadnih stenah in se v dobrih dvajsetih kilometrih dvigne na omenjeni 900 m visoki White Pass. Sedaj potovanje z ozkotirno železnico predstavlja razburljivo





turistično doživetje. V lepem vremenu pa občuduješ slikovito planoto, kjer se menjata tajga in tundra, vmes pa so večja ali manjša jezercja. Preko kanadsko-ameriške meje te železnica pripelje do kraja Carcross (ime je nastalo zaradi prehodov čred karibujev, caribou crossings). Izbrala sva avtobusni prevoz do Carcrossa in nato povratek z omenjeno ozkotirno železnico. Na poti proti Carcrossu smo na cesti naleteli na črnega medveda, ki je le počasi odhlačal v bližnji gozd. Avtobus je vozila mlada učiteljica, ki nas je opozorila, da je prav ta dan v Skagwayu Harrison Ford. Če pred meseci nisem utegnil vprašati, kaj imajo skupnega Harrison Ford (kot Indiana Jones) in starodavno ljudstvo Nabatejci, lahko danes vseeno odgovorim: Petro. Za prvega je Petra predstavljala sceno v enem njegovih filmov, za druge pa je starodavna antična metropola, ki je šele pred kratkim postala novoimenovano svetovno čudo.

Na vlaku so bili leseni vagoni ogrevani z gašperčki na drva.

V Skagwayu je bilo v času zlate mrzlice potrebno poskrbeti za vse potrebe potujočih zlatosledcev. Zato so imeli v pritličju neke enonadstropne hiše pekarno, v nadstropju pa bordel in oglašali, da imajo vedno na razpolago »tople zemljice«.

Hoonah je ribiško indijansko mestece na otoku, kjer smo se ustavili v dopoldanskem času. S čolni smo se prepeljali na obalo, od koder smo lahko opazovali posamične kite, predvsem pa številne beloglave orle, ki jih je bilo toliko, kot pri nas doma vrabcev. Očitno je na tem mestu dovolj rib, da so naju orli ves čas preletavali in nosili iz morja ribe.

Po nočni vožnji smo se mimo zaselka Yakutat zapeljali v širok zaliv, kjer se steka pet ledenikov, med njimi s 122 km najdaljši **Hubbardov ledenik**. Širok je kar 13 km, njegova površina pa meri skoraj 3500 km². Z ladjo smo se približali od 90 do 120 m visokemu ledeniškemu čelu, ki sega še dodatnih 90 m v globino, le na nekaj sto metrov razdalje. Čelo se je zaradi našega s kapitanom vodenega vpitja stalno krusilo v večjih ali manjših ledeniških blokih. Hubbardov ledenik ne govori v prid ekologom, ki svarijo pred toplogrednim delovanjem, saj se ledenik ne zmanjšuje, ampak večja, tako da je pred leti celo zaprl en zaliv.

Po izkrcanju v Sewardu smo se vozili mimo »krasnih ledenikov«, odetih v neprebojne dežne oblake, do Anchoragea, precej dolgočasnega mesta, ki je sicer moderno protipotresno grajeno, vendar smo lahko med stolpnici našli še nekaj pritličnih hišk, ki so se ohranile kljub potresu. Po kratkem postanku smo nadaljevali pot naprej do izhodišnega naselja za pristop na Mt McKinley, **Talkeetne**. Žal se na pokopališču tega manjšega kraja zaključijo alpinistične odprave marsikaterega alpinista.

Še pred prihodom v Talkeetno, ki pomeni sotočje treh rek, pa smo se ustavili na najboljšem sladoledu na Aljaski.

Denali (pomeni v jeziku Atabaskov »velik«) je ime narodnega parka, ki obsega preko 24.000 km², predstavlja pa tudi staro ime za najvišjo goro Severne Amerike, Mt McKinley, ki je dobila ime po 25. predsedniku ZDA. Mt McKinley je relativno najvišja gora na svetu, saj je izhodišče za vzpone krepko pod 1000 m, gora pa je visoka 6194 m. Prav tako je to edina gora, ki je bolj ali manj sama zase, saj so ostale višje gore le v večjih gorskih verigah, Andih ali Himalaji.

V parku ni bilo nikoli dovoljeno streljanje živali, zato je mogoče srečati vsaj nekatere od štirih velikih živali: losa, karibuja – ameriškega severnega jelena, medvede – črno-rjavega medveda v drevesnatih predelih, grizlija pa v tundri, in ovce vrste Dall z močno zavitimimi rogovi. Redko pa lahko srečaš volkove.

V parku raste več kot 650 vrst cvetja, raznoliki mahovi in lišaji, gobe in alge, živi 39 vrst sesalcev, 167 vrst ptic, 10 vrst rib, ene vrste dvoživka. Ni pa plazilcev, saj bi bile kače v mrazu še trše, kot če bi jih mučili z viagro.

Poleg karibujev in losovk z mladiči smo v parku srečali zemeljske veverice in ptico, ki predstavlja državo Alasko, snežno jerebico, ptarmigan, ki glede na letni čas menja barvo – pozimi je bela, poleti pa rjavolisasta.

O **srečanju z velikimi živalmi** je cela vrsta pisnih in »ustnih« navodil. V Kanadi svetujejo, da moraš biti od severnih jelenov oddaljen vsaj za tri dolžine, od medveda pa najmanj 10 dolžin avtobusa. Na Aljaski poudarjajo, da še ni bilo človeške žrtve zaradi napadov medveda. Res pa



medvedi pri ljudeh iščejo hrano, zato so na okna majhnih kočic nabili žeblje, ki so s konicami štrleli nad zunanjo površino oken.

Vodič nas je resno opozarjal, da lahko vsak hip srečamo bodisi medveda, bodisi losa. V primeru srečanj je predlagal, da se skrijemo za vodiča ali pa pred sebe postavimo ženo, hm. Če gre za črnega medveda (ki je lahko tudi druge barve, tudi rjav), se moramo v primeru napada fizično braniti, pri srečanju z grizljem pa se moramo počasi umakniti, ob napadu pa zviti v klopčič in zakriti glavo. Ne vem, kako bi bil sploh sposoben ugotavljati, za kakšnega medveda gre, če bi se pojavil tik pred menoj! Medvede in lose smo res večkrat srečali. Poleg medveda na cesti nad Skagwayem smo črnega medveda videli z žičnice tik nad hišami glavnega mesta Juneauja. Lose smo v pičlih dveh dneh kopenskega potovanja srečali trikrat, enkrat smo v oddaljenosti videli samca, dvakrat pa le nekaj deset metrov od nas losovko z mladičem. Čeprav imajo zelo

simpatičen videz (tudi medvedi!), pa so losi lahko še bolj nevarni od medvedov. Strahospoštovanja vredne so tudi njihove dimenzije, plečna višina je med 1,8 in 2,3 m, samice tehtajo do 360 kg, samci pa lahko celo preko 800 kg.

Poleg ogleda dela narodnega parka, kjer smo poleg živali imeli tudi srečo, da smo v daljavi zagledali masivno goro v ledu in snegu, Mt McKinley, sva si privoščila raftanje po mrzli ledeniški reki. Za oblečene v nepremočljive obleke je bilo 20 km dolgo raftanje kar zabavno. Spredaj sedeče je ves čas tako zalivalo, da so si potegnili čez obraze črne volnene kape, kot teroristi tik pred akcijo. Še bolj nor je bil jeep safari po brezpotjih izven parka, kjer na srečo nismo zalili nobenega motorja. Poskakovanje po več kot polmetrskih (globine) luknjah pa je Urška označila kot mehansko liposukucijo.

Po dobro izkoriščenem času v Denaliju se je naše potovanje po Aljaski bližalo koncu. Z

dvonadstropnim razglednim vlakom smo se vrnili v Anchorage in spotoma opazovali tundro in tajgo. Tik pred mestom se je na vzporedni cesti ob železnici pojavil los in hotel tekmovali z vlakom. Več 100 metrov je tekel vstric z vlakom, kot da bi lovil normo za olimpijske igre v Pekingu. Žal tam ni nastopil, čeprav bi bil prava atrakcija.

V normalnem, za Aljasko seveda, vremenu z zoprnim rosenjem sva se zgodaj odpravila na letališče in že zbirala vtise. Ko smo se dvignili nad oblake, smo v daljavi znova zagledali masiv Denalija, sledila pa je vožnja nad ledeniki Aljaskе, ki so se v krasnem vremenu iznenada pojavili pod nami. Dobro so bile vidne ledeniške razpoke, morena, jezera, umazane in deloma izčiščene reke. In pričel sem verjeti, da ima Aljaska 5000 večjih ledenikov in približno 100.000 manjših, ki prekrivajo 3 odstotke površine in predstavljajo največjo zalogo pitne vode na svetu. ■

39. zdravniški koncert *par excellence*

Ksenija Slavec

Naj živi tradicija, lahko rečemo po sklenjenem 39. koncertu zdravnikov, ki je na Miklavžev predvečer, v petek, 5. decembra, v Veliki dvorani Slovenske filharmonije kronal XXXIX. memorialni sestanek profesorja Janeza Plečnika. Na njem je dekan prof. dr. Dušan Šuput podelil desetim študentom ljubljanske Medicinske fakultete diplome profesorja Janeza Plečnika. Predsednica Plečnikovega memoriala prof. dr. Nina Gale pa je podelila asist. dr. Borisu Vodopivcu priznanje profesorja Franceta Hribarja. Nagrajeni študenti, ki so za morfološke predmete anatomijo, histologijo in patologijo prejeli odlične ocene, so: Larisa Čehovin, Matej Keršič, Mateja Koder, Zala Lužnik, Loredana Mrak, Tina Perme, Klemen Aleš Piliš, Janez Strupi, Brina Zupančič, Matej Serdinšek in Jaša Žerjal. Dr. Vodopivec je bil nagraden za svoje izstopajoče delo v patologiji.

Tokratni koncert se je začel posebej svečano, saj je slovensko zdravništvo dobilo novo himno *Hippocratis iusiurandum*, skladatelja in teologa prof. Ivana Florjanca. Mogočno, enoglasno zapeto in spremljavo organista Domagoja Jugovića odigrano delo so krstno izvedli Združeni zbori KUD-a KC in MF dr. Lojz Kraigher: Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč, Zbor študentov medicine COR in Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum pod taktirko mag. Tomaža Faganela.

Redki stanovi imajo svoje himne, zdravništvo pa, ki je s svojim delom čvrsto zavezano zaobljubi, jo zato toliko bolj potrebuje. Pred tem smo imeli himno, katere besedilo je bilo prav tako vezano na zdravniški stan in jo je pripravil pokojni mariborski kirurg prim. Janko Držečnik, uglasbitev pa ni bila tako mogočna in

himnična, kot se za tovrstno delo pričakuje. Zato je KUD v sodelovanju z zborom Vox medicorum in njihovim umetniškim vodjem Tomažem Faganelom delo naročil pri skladatelju prof. Ivanu Florjancu. Avtor jo je poklonil zdravništvu in v posvetilu zapisal:

»Z globokim spoštovanjem do vašega plemenitega dela, gospe Zdravnice in gospodje Zdravniki, Vam ta krhki utrinek sozvočja iz srca poklanja Vaš sopotnik in odkrivanju skrivnosti v soljudih.«

Besedilo, ki je povzeto po prevodu znamenitega renesančnega prevajalca medicinskih besedil Janusa Cornariusa (1500–1558), pravi: *Prisežem na Apolona Zdravnika in Asklepija in Higiejo in Panakejo in na vse bogove in boginje ter jih kličem za priče, da bom to prisego in to pogodbo izpolnjeval po zmožnosti in presodnosti.*

V latinščini se to besedilo glasi:
*Apóllinem médicum et Aesculápium Hygeámque
 ac Panacéam iúro,
 deósqe ómnes itémque déas téstes fácio,
 me hoc iusiurándum et hanc contestatiónem
 conscríptam
 pro víribus et iudício méo íntegre servatúrum
 ésse.*

Skladatelj prof. Ivan Florjanc (*1950) je prisostvoval krstni izvedbi in tudi sam nagovoril zbrane. Teolog, skladatelj, muzikolog in univerzitetni učitelj je diplomiral na Teološki fakulteti Univerze v Ljubljani (1981) in na Papeškem inštitutu za cerkveno glasbo v Rimu (gregorijanski koral – 1981, kompozicija – 1987) ter magistriral iz kompozicije in glasbene teorije

– 1989. Od 1993 do 2003 je na tej ustanovi, od leta 2000 kot redni profesor, predaval kompozicijo na dodiplomski in podiplomski stopnji. Od 1998 poučuje tudi na Akademiji za glasbo Univerze v Ljubljani harmonijo, kontrapunkt, vokalno in orgelsko kompozicijo, semiologijo menzuralne glasbe ter glasbeno literaturo. Ob svojem pedagoškem delu je še znanstveni sodelavec Muzikološkega inštituta Znanstvenoraziskovalnega centra SAZU. Prof. Florjanc je z mogočno himno obogatil slovensko zdravništvo, zaradi spevnosti pa bo melodija kmalu zlezla v zdravniška ušesa in srca.

Nadaljevanje koncertnega programa je potekalo bolj ustaljeno, zato ga lahko opišem krajše. Da pa ne bi spregledali koga izmed so-

delujočih, si sledijo kar kronološko. Akademsko pianistka Polona Maver, ki je hkrati absolventka medicinske fakultete, je v duu s pravkar diplomiranim zdravnikom in pianistom Andražem Cerarjem, ki se v začetku sekundarijata srečuje s praktičnim medicinskim znanjem, publiko navdušila z vedno dopadljivima Brahmsovima madžarskima plesoma št. 5 in št. 4. Virtuozna igra, znana melodija, zadovoljni poslušalci.

Odrsko dogajanje je kmalu zapolnil polnoštevilni Mešani pevski zbor dr. Bogdan Derč. Pomlajen je prišel na oder z novim žarom, ki ne kaže, da se jim bliža 30. leto obstoja. V svojih vrstah prijateljsko povezuje zdravstveno osebje in z repertoarjem, ki obsega nad 450 pesmi, na različnih nastopih prinaša veselje svojim



Skladatelj prof. Ivan Florjanc je zbranim z voditeljico Zvonko Zupanič Slavec predstavil novo zdravniško himno, ki so jo zapeli vsi zbori KUD-a KC in MF (foto: Jelka Simončič).



Pianista Polona Maver in Andraž Cerar nista navdušila le z glasbenim znanjem, ampak tudi z umetniško pripravo koncerta (foto: Jelka Simončič).



Zdravniška komorna skupina Pro medico je medse pritegnila študente instrumentaliste. V ozadju prepolna dvorana zveste publike (foto: Jelka Simončič).



Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum, odlična kot vedno. (foto: Jelka Simončič).

poslušalcem. Letos so npr. z velikim koncertom obeležili 50-letnico smrti prvega slovenskega pediatra dr. Bogdana Derča, po katerem se imenujejo. Na njem so medgeneracijsko glasbeno povezali nekdanje pevce in njihove otroke s sedanjim sestavom. Že 22 let jih vodi operni pevec, baritonist Venčeslav Zadravec, ki s pevsko zavzetostjo in osebno predanostjo motivira pevce k rednemu delu in prijaznemu druženju. Z malo znano Laharnarjevo pesmijo *Kadar mlado leto* in rusko Bortnianskyjevo liturgično *Tebe poem* so blagoglasno zapolnili koncertno dvorano.

Za programsko in inštrumentalno svežino letošnjega koncerta je poskrbel zagrebški organist in specializant nevrokirurgije na ljubljanskem

UKC, Domagoj Jugović. V Zagrebu je kot pianist končal nižjo in srednjo glasbeno šolo ter se s 17 leti vpisal na Akademijo za glasbo v razredu organista prof. Žarka Dropulića. Proti koncu študija je ugotovil, da ga medicina tako zelo zanima, da se je vpisal še na tamkajšnjo medicinsko fakulteto. Ob njej je veliko igral na orgle in je še danes eden izmed štirih stalnih organistov zagrebške katedrale. Kako pomembna je za igro na orgle dobra koordinacija rok in nog, je filharmonična publika doživela pri njegovi izvrstni izvedbi Bachove *Toccate v C-duru*.

Najstarejša udeleženka zdravniških koncertov je Zdravniška komorna skupina Pro medico, ki vsako leto kaže na metamorfoze v sestavu, ko ob stalnih članih pianistu prof. Pavletu Kornhau-

serju, violinistu prim. Marku Zupanu in violistu Vilimu Demšarju medse vabi različne glasbenike. Letos so ponovili delo francoskega skladatelja C. Saint-Saënsa *Septet v E-duru op. 65* s stavkoma *Preludij* in *Gavota – Finale*, ki so ga že izvedli junija na poletnem koncertu v Jakobovi cerkvi v Stari Ljubljani. Kot solist je nastopil trobentač Matija Švagan, absolvent MF, pridružili pa so se še violist Andrej Gubenšek, študent 5. letnika MF in 2. letnika Akademije za glasbo, violončelist Jan Štangelj, študent 3. letnika MF s končano srednjo glasbeno šolo, in kontrabasist Tomaž Štular, nesojeni študent MF, ki deli študijsko okolje z glasbenimi kolegi na ljubljanski akademiji za glasbo. Imenitna glasba je dala priložnost solistu, da je s trobento dokazal preverjeno akustičnost filharmoničnega ambianta.



Trobentač in absolvent medicine Matija Švagan je bil med soustanovitelji študentskega Big band orkestra (foto: Jelka Simončič).



Zdravniški orkester Camerata medica je navdušil s solistoma violinistom Andrejem Gubenškom in Polono Maver (foto: Jelka Simončič).



Specializant nevrokirurgije in akademski organist Domagoj Jugović s predsednico KUD-a Zvonko Zupanič Slavec (foto: Jelka Simončič).



Saksofonistka Big banda in študentka 2. letnika MF Katarina Muhič je nežno zapela o Belem božiču (foto: Jelka Simončič).

Večer je večinoma tekel v duhu klasicistične in romantične glasbe, Brahmsova dela so se pojavila v instrumentalni in vokalni izvedbi. Pevci Vokalne skupine Kliničnega centra Vox medicorum, z umetniškim vodjem mag. Tomažem Faganelom, ki je *musicus* od glave do peta, študiral je violino, orgle, petje in muzikologijo v Ljubljani ter dirigiranje v Gradcu, so ob izvajanju pesmi *V tihi noči* (*In Stiller Nacht* – iz nemških ljudskih pesmi op. 8) in *O, sladki maj* (*O Süßer Mai* – op. 93a št. 3) zasanjali publiko. Pesmi sta med poslušalstvom vzbudili značilno romantično vznesenost in hrepenenje.

Glasbeno razpoloženje se je stopnjevalo s prihodom Ljubljanskega zdravniškega orkestra *Camerata medica* z dirigentom Andrejem Ožbaltom. Odlični medicinci instrumentalisti so omogočili izvedbo virtuoznega in blagovoznega stavka *Allegro molto Koncerta za violino, klavir in orkester v d-molu* genialnega skladatelja Felixa Mendelssohna – Bartholdya. Skladatelj je ta stavek napisal pri svojih 14 letih! Violinski solo je prevzel glasbeno nadarjeni celjski medicinec Andrej Gubensek, ki na ljubljanski Akademiji za glasbo

zagnano in delovno osvaja večšine violinskega artizma v razredu prof. Monike Skalar. Le-ta ga je na generalki pohvalila kot izjemno muzikalnega in tehnično odličnega študenta, pri katerem kar težko razume, da ob obilici medicinskega študija uspe tudi toliko vaditi. Akademsko pianistka Polona Maver, ki je izbrala ta Mendelssohnov stavek, je, kot vedno, briljirala v svoji izvedbi, interpretativni moči in ženstveni eleganci.

Vrhunec večera in njegovo drugo veliko presenečenje je prinesel prvi nastop orkestra *Big band Medicinske fakultete*, ki je prvič nastopil na zdravniškem koncertu. Želja po takem sestavu, ki so ga speljali predvsem trobentač Matija Švagan, pianistka Polona Maver, oba absolventa MF ter profesionalni glasbenik, mladi dirigent Mitja Dragolič, je z njihovo organizacijsko zavzetostjo spodbudila medicince saksofoniste, trobentače, pozavniste in še nekatere glasbenike (pianist Rok Berlot, bobnar Kamil Berro, kontrabasist Klemen Dovč in drugi), da so sestavili pravi big band orkester. Z mladostno svežino, privlačnim programom a la *Glenn Miller Orchestra* so mladi razgibali publiko, da so jih kar srbele pete in

so v ritmu ploskali med izvedbami. Pogum je pokazala tudi saksofonistka Katarina Muhič, študentka 2. letnika MF, ki je zapela znano ameriško božično pesem *White Christmas*.

Le še umetniškima vodjema koncerta, Poloni Maver in Andražu Cerarju, se je razpoložena voditeljica in hkrati predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec iskreno zahvalila, pa so zastori padli in se je nadaljevalo vsesplošno veselje nastopajočih in publike.

Za nadaljevanje tradicije zdravniških koncertov se ni bati. Iz leta v leto prihajajo novi obrazi medicincev, ki zorijo v zdravnike in ohranjajo parafrazirano misel po zdravniku in pisatelju Čehovu, da je medicina njihova zakonita žena, glasba pa ljubica ...

Nasvidenje torej na 40. zdravniškem koncertu ob tednu Univerze v Ljubljani, prvi petek v decembru leta 2009, kot je to že navada skozi nekaj desetletij. Takrat bo tudi KUD slavil svojo 30-letnico ambasadorstva kulture in umetnosti v zdravstvu! ■

»AU« - Foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Aids je pametna spolno prenosljiva bolezen, vendar je z zdravljenjem obvladljiva. Življenje pa je spolno prenosljiva bolezen, ki ima, kljub zdravljenju, 100-odstotno umrljivost.

Nedavno mi je starejša bolnica potožila, da ji je nekoč poslušal srce celo ortoped, danes, ko je to potrebno, pa tega ne stori niti kardiolog.

Potem ko so nekemu kolegu napovedali bleščečo prihodnost, je ves čas nosil sončna očala. Tudi v nepredirni megli.

Neki bolnik mi je nekoč rekel, da se ne boji smrti, vendar takrat ne bi bil rad zraven. Takoj smo ga odpustili iz bolnišnice.

Kljub vse večji recesiji še vedno velja: »Povsod je lepo, a doma je še vedno najceneje.« Sploh sedaj, ko je denar tako drag.

Za moje vlaganje v delnice žal velja stari Heglov filozofski postulat: »Stvari postanejo očitne, ko je faza že prešla.« Tudi sedaj je dober trenutek že tu, toda vprašanje, kje se dogaja.

»Kamer sen lani tancela«

Jubilejni koncert pevske skupine Cintare

Vanja Malis

V prazničnem času, okrog božiča, se v vsakem izmed nas stopnjuje napetost v pričakovanju, s čim nas bo letos presenetil ta stari praznik. Za prav prijetno presenečenje so 21. novembra poskrbele pevke pevske skupine Cintare, ki so nam v prelepem okolju nekdanjega Auerspergovega dvorca – Turjaške palače, v prostorih Mestnega muzeja Ljubljana, pripravile jubilejni celovečerni koncert slovenskih ljudskih pesmi.

Koncert z naslovom »Kamer sen lani tancela« je bil posvečen peti obletnici delovanja pevske skupine. Isti naslov nosi tudi zgoščenka, ki so jo pevke izdale ob svojem jubileju.

Kljub temu, da koncert v medijih ni bil najavljen, je bil odziv izreden, saj so poslušalci napolnili atrij in stopnišče Mestnega muzeja do zadnjega kotička. Tako velik obisk je pevke prepričal, da so na pravi poti in da njihove sposobnosti in možnosti za napredek in razvoj skupine še niso izčrpane.

Pevsko skupino Cintare sestavljajo pevke ljudskih pesmi, ki so si ime nadele po zdravilni cvetki – tavžentroži, ki se ljudsko imenuje tudi cintara. Javno so začele prepevati leta 2003, svoje poslanstvo pa vidijo v ohranjanju in prenašanju ljudskega izročila ter predstavitvi raznolikosti pevske tradicije na Slovenskem. Prepevajo ljudske pesmi vseh sloven-



skih pokrajin in tudi pesmi Slovencev, ki živijo izven matične domovine. Njihov pevski repertoar obsega preko šestdeset ljudskih pesmi.

Delujejo kot samostojna skupina, hkrati pa so tudi članice KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete »dr. Lojz Kraigher« v Ljubljani.

Kot nekdanje oz. nekatere med njimi še aktivne folkloristke, zadržte v tradicijo in preteklost, si pevke prizadevajo, da ob predstavitvi različnega načina petja v posameznih slovenskih pokrajinah prikažejo tudi raznolikost oblačilne kulture na Slovenskem ter stare običaje.

Pevke se zavedajo, da pesem ne pusti v vsakem poslušalcu enakega sporočila, saj jo vsak doživlja na svoj način in jo preslikava v svoje življenje na osnovi izkušenj in domišljije. Zato so na koncert povabile gosta mlajše generacije, violinista Matijo Krečiča in pianista Gašperja Banovca, ki sta svoje videnje in razumevanje ljudske glasbe interpretirala bolj moderno, lahko bi rekli tudi drzno. Prav sožitje tradicije z modernim videnjem le-te pa nas utrjuje v misli, da je ljudska glasba oz. ljudsko petje izvir, ki ne bo nikoli presahnil, ampak bo napajal še prihodnje rodove. ■

Od San Francisca do nacionalnega parka Yosemite

Jurij Kurillo

Zaradi njegovih naravnih dragocenosti je zvezna vlada Yosemite med prvimi (1890) v Združenih državah proglasila za zavarovan nacionalni park, ki je bil nato leta 1984 zaslužen sprejet tudi v seznam svetovne dediščine Unesca.

Ansel Adams (1902–1984), eden najpomembnejših umetniških fotografov 20. stoletja, je bil v svojem času tudi med najbolj zaslužnimi okoljevarstveniki Združenih držav Amerike. Šolan pianist se je že s petindvajsetimi leti odločil, da bo postal fotograf. V naslednjih desetletjih je pričel razstavljati svoja dela po mnogih muzejih in galerijah, izdajal pa je tudi monografije o dragocenostih narave ameriškega Zahoda, s katerimi se je

ričelo neustavljivo gibanje za zakonsko varstvo te ponekod že okrnjene pokrajine. Ljubezen do narave je Ansel Adams spoznal že v otroštvu ob pacifiški obali San Francisca, njegov prvi obisk doline Yosemite (izg. Josémiti!) leta 1916 pa je bil tako rekoč usoden za njegovo nadaljnje življensko delovanje. Njegovi poznejši znameniti črno-beli posnetki tega narodnega parka in drugih naravnih znamenitosti ameriškega Zahoda so postali klasika svetovne pokrajinske fotografije.

In zdaj se tudi mi peljemo v znameniti narodni park Yosemite... Prijazen, starejši voznik avtobusa s potezami kitajskih prednikov neutrudno opisuje vse, kar vidimo skozi okno našega avtobusa, pričeni z velemestnim vrvežem pacifiškega lepota San Francisca. Prek dvonadstropnega mostu Bay Bridge, dolgega

več kot 13 km, prispemo v Oakland, mlado-stno domovanje znamenitega pisatelja Jacka Londona. Vozimo se še naprej in naprej in se počasi izvijemo iz strnjeno naseljenih področij zahodne Kalifornije. Slikovite zaobljene griče s »frizuro« orumenele trave poživljajo le posamezna zelena drevesa in za nekim ovinkom vrste ogromnih veternic za pridobivanje električne energije. Pričnejo se širne planjave, ponekod še puščavsko zaznamovane, drugje pa že obdelane s človeško roko, ali bolje rečeno, z mehanizmi človeških strojev.

Zlagoma se približujemo zahodnim pobočjem gorske verige Sierra Nevada... Peljemo se mimo zajezenih jezer, iz katerih se napaja pacifiško velemesto z dragoceno tekočo vodo, in se počasi vzpenjamo po vijugavi, a zanesljivi cesti navkreber. Skozi stranska okna uzremo prve bolj ali manj gladke previsne stene, ki se na obeh straneh postopoma dvignejo v gorske vrhove. Že smo v najbolj obiskanem delu tega nacionalnega parka, v dolini, imenovani Yosemite Valley. To je sicer le droben del parka, ki sicer zajema prek 3000 kvadratnih kilometrov in dosega v posameznih predelih do 4000 metrov nadmorske višine. Pokrajinska slika je zelo raznolika: številni gorski grebeni s tremi ledeniki in več slapovi se menjajo z globokimi dolinami, po katerih se pretakajo bistri vodni tokovi. Zaradi njegovih naravnih dragocenosti je zvezna vlada Yosemite med prvimi (1890) v Združenih državah proglasila za zavarovan nacionalni park, ki je bil nato leta 1984 zaslužen sprejet tudi v seznam svetovne dediščine Unesca.

Na geološki podlagi granita in še starejših kamnin so se po gubanju pred desetimi milijoni let razvile gore današnje Siere Nevada, ki so jih nato, pred milijon leti, po svoje oblikovali obsežni ledeniki in drugi načini zemeljske erozije. Dandanes prerašča to ozemlje kar pet vegetacijskih con, od alpinske do grmovnate. Na treh krajih najdemo tudi gozdne skupine orjaških sekvoj (*Sequoiadendron giganteum*), najbolj mogočnih dreves na svetu. Tu raste prek 160 redkih rastlinskih vrst, ki so vezane na geološke posebnosti tal. Kajpak je bogat tudi živalski svet, saj obsega kar 400 vrst večjih živali. Med



Klasični posnetek iz doline proti gorskim vrhovom El Capitan (levo), Cathedral Rocks (desno) in Half Dome (desno v ozadju). Ta motiv je postal slaven zaradi enake črno-bele fotografije Ansel Adamsa iz okrog leta 1935 (foto: Dragica in Jurij Kurillo).



Half Dome, znamenita »polovična katedrala«, je že stoletje priljubljeni cilj fotografskih objektivov (foto: Dragica in Jurij Kurillo).



Stellerjeva modra šoja je predstavica nenavadnega živalskega sveta, ki poživlja ta narodni park (foto: Dragica in Jurij Kurillo).

njimi so za obiskovalce še posebej privlačni črni medvedi – tudi mi smo med bližnjim grmovjem opazili enega! Ti živalski hrusti so postali zaradi nepredvidnega odlaganja hrane ponekod že kar predrzni, če že ne nevarni, na kar opozarjajo turiste tudi javni napisi.

Danes preštejejo v tem parku vsako leto okrog tri in pol milijona obiskovalcev. Med njimi so tudi številni športni plezalci, ki se podajajo predvsem v gladke vrtoglave stene El Capitana in Half Doma, dveh najbolj izrazitih gorskih vrhov, ki ju povprečni turisti največ opazujejo le od spodaj. Kakor lahko preberemo v našem Planinskem vestniku, se med take »pajke« sem in tja uvrstijo tudi slovenski plezalci (in plezalk).

Počasi se bomo morali posloviti od nepozabnih prizorov narave v parku Yosemite, čigar ime pomeni v jeziku izvirnih ameriških domačinov: »Med njimi so ubijalci«. To naj bi se po krivici nanašalo na prvotne prebivalce doline z zapletenim imenom Ahwahneechee. Te so sredi 19. stoletja postopoma izrili beli naseljenci, ki so pričeli ogrožati naravno okolje z različnimi dejavnostmi, od govedoreje do rudarstva. K sreči so se kmalu našli razumni ljudje, kot je bil znameniti naravovarstvenik *John Muir* (1838–1914), ki je odločilno vplival ne le na ustanovitev parka Yosemite, pač pa tudi številnih drugih ameriških naravnih rezervatov. ■



V parku naletijo obiskovalci tudi na slikovite slapove, ki padajo prek strmih sten v velike globine (foto: Dragica in Jurij Kurillo).

France Vrbinč: 365 x slovensko

Marjan Kordaš

Z jezikovnimi koticami skozi leto. Družina, Ljubljana, 2003, (Crossmedia, Celovec), 365 str. + uvod + besedni register + avtorjev življenjepis.

Slovenščina, strnjen jezik - Vrbinca sem sprva poznal le prek slovarjev tujk. Ob predstavitvi dvojezične knjige Josefa Haslingerja *Die mittleren Jahre/Srednja leta* (Mohorjeva založba, Celovec - Dunaj, 1989, 203 str.) sva se pa tudi srečala in spregovorila. Bilo je srečno naključje; prav takrat sem namreč začel odkrivati, da za isto jezikovno sporočilo uporabljam najmanj besed v slovenščini, več v angleščini, največ besed pa v nemščini. In to sem pripisoval svojemu slabemu znanju obeh tujih jezikov, da pač zato uporabljam več besed. Ko sem to povedal Vrbinču, pa me je opozoril, da je slovenščina zelo *kompakten* jezik. Da je v primerjavi z nemščino za isto sporočilo v slovenščini potrebno manj besed. Za primer je odprl Haslingerjevo knjigo in pokazal, da je slovensko besedilo na desnih straneh nekoliko ožje kot pa nemško na levih straneh. Le tako je oblikovalec lahko uskladil vzporedni potek pripovedi v obeh jezikih.

Jezikovni brevir - Formalno je knjižica **365 x slovensko** zelo lepa; lep tisk na dobrem in razmeroma debelem papirju. V uvodu je poimenovana kot *Jezikovni brevir za lepšo slovenščino*. Tudi oblikovana skoraj kot brevir in če bi bila tiskana na tanjšem papirju, bi šla v večji žep. Ko si vzamem čas (navadno zjutraj med kavo), grem kar po vrsti po straneh, včasih pa po registru. Vrbinč ponekod navaja besedne konstrukcije - ponekod pošastno-smešne spakedranke papirnate slovenščine - iz dnevnega tiska ter v kratkem pojasnilu predlaga popravke. Včasih sem jih uganil. Včasih tudi ne; čeprav mi je slovenščina zvenela tuje ali okorno, me je zapeljala na stranpot, tako da bi okorno zgradbo - če ne bi bilo Vrbinca - tudi sprejel.

Primeri - Ker sem skoraj na vsaki strani našel kako zanimivost, vsebine v celoti seveda ni mogoče predstaviti. Zato le nekaj primerov:

Glagolski vid je zame popolna novost (15). Imeniten je *Zdaj, te dni, vsak čas* (29).

Predpogoj, predjed, predkazen (185). Koristen napotek za tiste, ki uporabljajo izraze npr. *mrtev oz. popolnoma mrtev*.

Zabavno se mi zdi branje na 296 (*vzrok ali namen*) s stališča pouka patološke fiziologije: tudi slovenščina zahteva, da vprašanju »zakaj« nujno sledi odgovor »zato ker...«, ne pa »zato, da...«.

In kljub dejstvu, da je na MF že kar nekaj nekdanjih absolventov klasične gimnazije, študenti še vedno »skripta« sklanjajo narobe (glej 262, množinski samostalniki). Tu si velja vzeti čas in si ogledati naglase! Zapomniti si velja »pri otrocih« ter »z otroki«.

Izvrstno je navodilo na 232. Če sem ravnal po Vrbinčevem navodilu, nekaterih pravih odgovorov nisem uganil! In na 223 je res nekaj pravih jezikovnih grenkoba.

Neverjetno: *šola se je začela* (256) je narobe. Zares, pravilno je *šola se začne!!*

In veselje in zabava je brati npr. 262, 273, 297, 281.

O nekaterih Vrbinčevih napotkih pa bi bilo vredno razpravljati (npr. 179) tudi z vidika angleške in nemške terminologije (high blood pressure, hoher Blutdruck, Bluthochdruck). Torej ne *močan* (tako namreč predlaga Vrbinč), temveč *visok* krvni pritisk. Kako ne le pravilno, temveč tudi lepo prevesti *high-risk patient*?

Vrbinčev brevir se mi zdi nadvse koristna knjižica. Po eni strani je res opomnik za boljšo slovenščino, po drugi strani pa opozorilo Slovincem, da je slovenščina za Neslovenca prekleto težak jezik. In vsakokrat, ko z užitkom odprem Metelkovo *Lehrgebäude der slowenischen Sprache im Königreiche Illyrien und in den benachbarten Provinzen* (v svoji knjižnici imam knjigo na takšnem mestu, da jo vidim iz postelje), blagoslavljam svojo srečo, da se mi tega zapletenega jezika (npr. šest sklonov pri samostalnikih, dvojina, namenilnik, nekakšni dovršni in nedovršni glagoli in podobne grozovitosti) ni bilo treba učiti, da ga pravzaprav napol že znam...

Sicer pa Uredniškemu odboru *Isis* predlagam, naj za našo revijo Vrbinca najame za urednika jezikovnega koticika. Za začetek morda kar s ponatiskovanjem že objavljenega, lahko pa si izmislimo množico novih medicinsko-slovenskih-jezikovnih izzivov. Če bi to udeležili, bi naša revija postala ena tistih, ki ji slovenščina seže do srca, prav v levi prekat pod mitralno zaklopko ter med papilarne mišice... Hemodinamsko koristna in pospešuje pretok skozi možgane...





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 Pranjčič, 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.

O bolezenskem kontagiju in mreži za sanje



Zdravnik Marko Anton Plenčič (1705–1786) iz Solkana pri Gorici je postal veliko evropsko medicinsko ime tistega časa, ko je leta 1762 v knjigi »Opera medico physica« prvi opisal škrlatinko kot samostojno bolezen. Za škrlatinko je tudi predvidel, da jo povzroča specifični povzročitelj – bolezenski kontagij, ki je nevidno živo bitje in s selitvijo od enega na drugega človeka povzroča nastanek istovrstne specifične bolezni oz. epidemije. Splošno idejo o nevidnih bolezenskih živih bitjih, ki so vzrok epidemij, je Plenčič povzel po predhodniku Fracastoru. Plenčičeva novost pa je bila konkretizacija splošne ideje o kontagiju na idejo o specifičnih živih povzročiteljih posameznih bolezni – kot model nalezljivih bolezni je Plenčič opisal prav škrlatinko. Iz svoje ideje o specifičnih živih povzročiteljih nalezljivih bolzeni je Plenčič kasneje izvedel še posplošitev – da ima vsaka epidemična bolezen svojega specifičnega, živega, nevidnega povzročitelja. Vsekakor izjemno prodorna misel, in skoraj škoda je, da jo je Plenčič zapisal nekako pre zgodaj, že več kot stoletje pred eksperimenti Pasteurja in Kocha, ki sta uspela tudi materialno pokazati, da specifični mikroorganizmi ob naselitvi na človeka povzročajo specifične bolezni z določenim potekom in kliničnimi znaki. Če bi Plenčič svojo misel objavil stoletje kasneje, bi danes v vsakem mikrobiološkem učbeniku bržkone govorili o treh utemeljiteljih moderne mikrobiologije – idejnem Plenčiču, znanstvenem Pasteurju in medicinskem Kochu.

Od Kocha dalje je postalo odkrivanje, zdravljenje in preprečevanje okužb gotovo najuspešnejše področje medicine in večino ugleda je moderna medicina dobila ravno zaradi domala čarobnega obrata, ki ga je mogoče pri bolniku doseči s pravočasnim odkritjem specifične okužbe in s pravočasno in ustrezno protimikrobno terapijo. Diagnostična bakteriologija in serologija, pa antibiotiki in cepiva; na tem strokovnem kapitalu in uspehih je moderni medicini

zrastla cena in verodostojnost, zaradi katere je dobila pravico posegati v človeško telo in se ob tem izučiti še številnih dodatnih veščin, ki danes dajejo zdravnikom nenadomestljivo mesto v človeški družbi.

Bolezni mikrobi niso edini dejavniki, ki »prevrnejo« človekovo homeostazo v nekompenzirano, nestabilno stanje – bolezen. Vendar so prav okužbe tako specifični in pomembni sunki v homeostazo organizma, da morata vsaj v teh primerih – ker je to zaradi narave stvari pač mogoče – diagnostika in terapija biti absolutno pravilni in specifični. Spregledati hemoragično mrzlico, težave zaradi helikobaktra, okužbo s HIV ali na primer uvoženo malarijo ni enako kot zdravnikovo obotavljanje, ali bi zdravstveno zanemarjenemu pacientu dali bolj jasno ali celo grobo vedeti, da bi mu bolj kot zdravniški recepti koristilo urejanje telesne teže, fizične zmogljivosti in odnosa do sebe, svojih naravnih potreb in svojega življenja. Slednja zdravnikova »napaka« je namreč nujno utopljena v splošne kulturne vzorce, glede katerih zdravniki v glavnem ne (z)moremo biti bistveno drugačni od večine okoli nas – ne glede na naše medicinsko znanje. V primeru spregledane okužbe pa zdravnik izpusti iz rok zelo eksplicitno priložnost, da ponovi enega od »čudežev«, ki so medicino pripeljali do današnje učinkovitosti. Ob tem je treba tudi poudariti, da je ponovitev tovrstnih čudežev, kadar se pojavi priložnost, tudi strokovna nujnost – v nasprotnem primeru iste diagnostične metode, ki po eni strani zdravniku pomagajo delati čudeže, po drugi strani ostanejo kamenčki resnice še potem, ko je za čudeže že prepozno. Arhiviranje vzorcev in molekularna diagnostika omogočata, da se mozaik sestavi tudi, ko je čudežu že zdavnaj potekel čas.

Ker kontagij najbolj nepovratno požira ravno čas, je kliničnim mikrobiologom izjemno slabo razumljivo, da je zdravstveni sistem uspel stisniti zdravnike prvega kontakta v tako izrazit finančni kot, da se specifične diagnostike okužb praktično ne morejo iti. S tem ne le izgubljajo čas – svoj in pacientov – za čudež, pač pa »zaradi nerabe« atrofira tudi njihova diagnostična veščina. In se manjša njihova strokovna cena – skupaj z minutažo, ki jo imajo na voljo za posameznega pacienta. Če gledamo skozi denar – in kaj je danes ostrejša perspektiva realnosti – si zdravniki prvega kontakta pustijo jemati ravno tisto, kar bi jim večalo lastno ceno – možnost za čim bolj specifično diagnostiko in čas za posameznega pacienta. Po drugi strani pa imajo na voljo biano naročilnice za farmacevtsko industrijo, katerih vrednost divje presega ceno, ki so si jo izborili za svojo strokovnost. So pravila, ki zamejujejo zdravnikovo strokovno samozavest in mu zbijajo ceno, res narejena v njegovo in pacientovo dobro? Ker ni vse v tabletah, zlasti v na silo izbranih ne. Po eni strani zdravnikov ni, po drugi strani njihovo strokovnost sistematično in sistemsko mečemo v smeti.

Ob tem, da v Sloveniji ni kontagija, ki ga že v slabi uri ne bi bilo mogoče ujeti in kmalu zatem tudi prepoznati v laboratorijski mreži, razpeti od Pomurja do Primorske. Kjer je začel Plenčič opazovati primere škrlatinke, in dobil idejo o nečem, kar danes vsak zdravnik lahko dokaže v slabi uri. Šele potem je priložnost za čudež. ■

Alojz Ihan