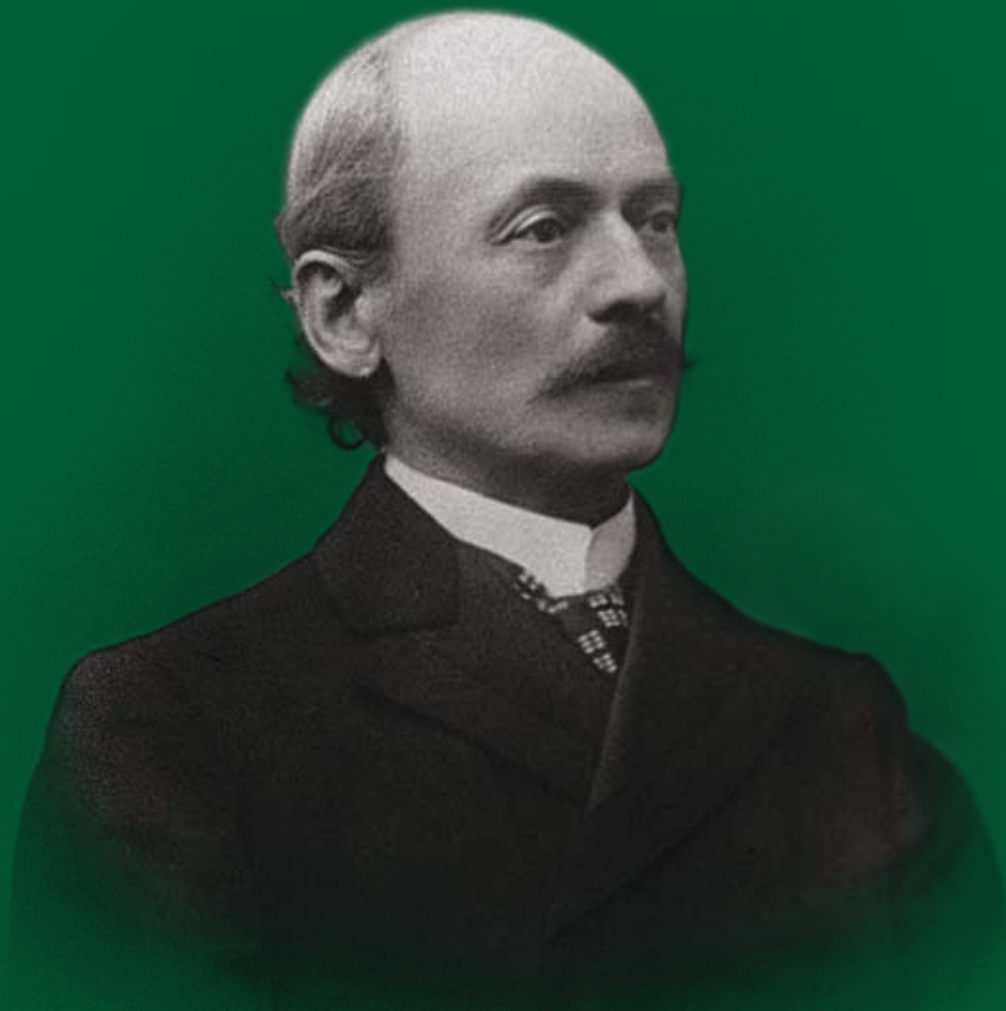


GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Strokovna revija ISIS | leto XVIII. | številka 6 | 1. junij 2009

# ISIS



*Dr. Šimen Pertot*

# Nova doba za primarno zdravstvo

*Tonka Poplas Susič*



Pred slabim letom dni, ko smo v odboru (OOZ), ki združuje ambulantne ginekologe, specialiste medicine dela, prometa in športa (MDPŠ), pediatre na primarni ravni, specialiste šolske medicine in zdravnike družinske medicine, začeli z delom, nismo vedeli, da bodo dandanašnje odločitve in spremembe tako odločno vplivale na vzdušje v osnovnem zdravstvu. Vzdušje zato, ker se v načinu dela bolj ali manj nič ne pozna, razen v stopnjevanju obremenitev, večjem klestenju stroškov in poudarjanju želja kolegov na sekundarni/terciarni ravni, da se čim več opravi na primarni ravni. Vsaj slednje je logično in razumljivo, ne samo to, celo edino pravilno in smiselno. Pa vendar neizvedljivo, čeprav vsi pomembni akterji v zdravstvu to poudarjajo. Manjka samo to, da se preide od besed k dejanjem.

Na primarni ravni smo že zdavnaj pred nastopom mandata sedanjega ministra in sedanjega direktorja ZZZS opozarjali, pisali in dajali predloge, da je standarde in način dela v osnovnem zdravstvu nujno spremeniti. Niso bili upoštevani v Resoluciji zdravstvenega varstva do leta 2013, ne v izhodiščih za pogajanja in večinoma ne v nastajajoči zakonodaji, ki smo jo v marcu dobili na vpogled. Delo v prazno? Prepričani smo, da ne.

Zdavnaj po Alma Ata se v razvitih zdravstvenih sistemih

ponovno dogaja Alma Ata: okrepiti primarno zdravstvo in izboljšati zdravstveno varstvo za vse bolnike, povečati njihovo zadovoljstvo in prihraniti pri stroških so osnovna vodila. Slovenija mora prevzeti omenjena načela.

Pa pogledjmo nekoliko nazaj. Pred desetletji so posamezni kolegi vedeli, da se morajo stroke na primarni ravni razvijati, zato so v lastni izvedbi, z izjemnim navdušenjem in vero v svoj prav začeli organizirati lastna/domača izobraževanja, se udeleževati seminarjev in kongresov, voditi učne delavnice, uvedena je bila celo specializacija za področje splošne medicine. Delovanje so počasi širili v mednarodne vode, v evropski prostor in širše. Vladajočim garnituram je bilo bolj ali manj vseeno, kaj se dogaja, razvoja niso vzpodbujali niti posebej zavirali. Čas je prinesel svoje. Po preteku nekaj desetletij je vse naštetu samoumevno: kakovostnih domačih izobraževanj je izjemno veliko, tako da kandidat lahko izbira med temami, ki so mu zanimive. Še v času mojega študija ni bilo domače literature, česar danes ni mogoče več reči. Družinska medicina je, za razliko od pediatrije, šolske medicine, MDPŠ in ginekologije, ki so to že imele, dobila celo svoje mesto v dodiplomskem študiju medicine.

Primarno zdravstvo se danes na področju razvoja enakomerno kosa z bogatejšimi, kar zadeva mednarodne projekte, sodeluje ali celo vodi številne pomembne mednarodne študije, organizira raziskave in tako vztrajno gradi stroko. Žal obstaja še ena bistvena razlika med strokami, ki smo združene v odboru za osnovno zdravstvo: vse specialnosti imajo svojo terciarno inštitucijo/kliniko, le družinska medicina je nima. V današnjem času je sicer izjemno težko verjeti, da je to sploh mogoče, zato je skrajni čas, da se tudi tej specialnosti omogoči inštitucija, ki bo bedela nad razvojem in kakovostjo te stroke.

V odboru za osnovno zdravstvo imenujemo trenutno obdobje »čas gasilskih akcij«. Zakaj? Na naš naslov prihajajo številna vprašanja, pritožbe in pripombe o tem, kako bolniki neracionalno zahtevajo zdravstvene storitve, kako specialisti na sekundarni/terciarni ravni naročajo opravljanje laboratorijskih storitev pri izbranem zdravniku, zahtevajo nedogovorjene dodatne predoperativne preiskave, odpuščajo bolnike prej (kar je sicer smiselno ob ustrezni infrastrukturi, ki je pa ni) in zato v slabšem stanju iz bolnišnice, naročajo izvajanje raznih terapevtskih postopkov in posegov,

ki presega zmožnosti primarne ravni, itd. V odgovorih kolegom svetujemo, da naj vedno in povsod ravnajo v okviru dogovorjenega in možnega, etično in strokovno pravilno, da pa naj ne prevzemajo funkcije servisa za nikogar.

Kolegi z različnih ravni se na tak način pravzaprav nekonstruktivno dogovarjamo o tem, kdo bo kaj naredil, in ne, kaj in kako bomo skupaj naredili za bolnika. V tem je torej gasilskost: gasiti, ko je požar, in (še) ne graditi, ko ga ni.

Izgovarjanje, da nas »sistem« v to sili, je nesmiselno: sistem smo sami in imamo ga takega, kot ga ustvarjamo. Preseči regionalnost, nivojskost in plačljivost ter zastaviti cilje na strokovnih izhodiščih je temelj premika na boljše.

Da bi izboljšali komunikacijo med ravnmi (tako nadaljevali tudi nedokončano delo prejšnjih odborov za osnovno zdravstvo) in s tem obravnavo bolnikov, smo se v odboru odločili, da izpeljemo nekaj srednjeročnih in dolgoročnih projektov.

Povezali smo se z odborom za bolnišnično in specialistično dejavnost, z RSK-ji ustreznih strok in s posameznimi združenji pri SZD ter začrtali svoje delo, saj se zavedamo, da je samo močna podpora in sodelovanje stroke tista, ki lahko da rezultate.

V soglasju z RSK-ji in združenji smo definirali obremenitve zdravnikov, in sicer 1500 količnikov iz glavarine za pediatra na primarni ravni, šolskega zdravnika in zdravnika družinske medicine ter 4000 žensk na ambulantnega ginekologa. Prav tako smo soglasni, da mora biti sistem obravnave na primarni ravni tak, da bo denar sledil bolniku, kar pomeni, da je pravzaprav cilj in smiselno, da se čim več laboratorijske in druge diagnostike/obravnav opravi pri izbranem zdravniku in dobi izvajalec to plačano. To sta dve izmed dvanajstih točk predloga reorganizacije/krepiteve primarnega zdravstva, ki smo ga predstavili tudi Ministrstvu za zdravje (MZ) in ZZZS. Ostale točke v predlogu moramo še vsebinsko dodelati. Da bi to lahko storili, poteka vzporedno kar nekaj projektov. V maju je bil končan *projekt odpušnega pisma in napotnice*, ki bo zaradi standardiziranih vsebin bistveno poenotil komunikacijo med zdravniki, vpletenimi v proces zdravljenja, izboljšal pretok podatkov, poskrbel za varnejšo in predvsem kakovostnejšo obravnavo bolnikov. MZ je naše delo pozdravilo in vključilo vsebino v projekt e-zdravje, ki je ena izmed prioritet na ministrstvu.

Trenutno sta v teku dva projekta, in sicer:

- *projekt z medicinskimi sestrami*, ki ima namen postavitev standarda in definicije timskega dela med medicinsko sestro in zdravnikom, kjer sodelujemo z Zbornico zdravstvene in babiške nege (končan naj bi bil v letošnjem letu) in

- *protokoli obravnave kroničnih bolnikov*, kjer želimo za najpogostejše kronične bolezni (tako predvidoma pokriti 80 odstotkov patologije) definirati protokol vodenja in ukrepe ob poslabšanju. »Kako« ukrepati želimo prilagoditi novim tehnološkim zmožnostim in e-kanalom komuniciranja ter tako prihraniti pot bolniku. Strokovni izraz »osebni specialist« v tem kontekstu poudarja odgovornost za bolnika. Pričakujemo, da bo projekt končan v enem letu.

MDPŠ je kot stroka izjemno pomembna pri ocenjevanju zmožnosti za delo. Žal pa v praksi o tem odločajo(mo) zdravniki, ki povečini delovnih mest ne poznajo(mo). OOO se skupaj z določenimi vidnimi predstavniki s področja MDPŠ trudi, da bi se to spremenilo in bi o predlogih za bolniški dopust in oceno zmožnosti za delo odločali specialisti medicine dela.

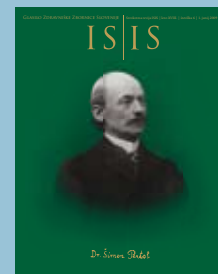
V prihodnje nas čaka še ogromno dela. Predvsem je treba dati predlogu krepitve primarnega zdravstva dokončno vsebino. Bolnik naj bo središče, zdravniki se bomo skupaj trudili za njegovo zdravje. Preventiva je tisti del našega dela, ki lahko dolgoročno izjemno izboljša zdravstveno situacijo in prihrani povsod tam, kjer danes odgovorni želijo omejiti: tako pri izdanih receptih kot napotnicah. Človek je celota, ni razdeljen na posamezne organske sisteme, zato naj bo pri osebnem zdravniku tako tudi obravnavan.

Zavedamo se, da zdravstveni dom kot institucija potrebuje novo vsebino, zato bomo podprli in pomagali oblikovati predloge, ki bodo dvignili kakovost obravnave in pristopa do ljudi, ne glede, ali dejavnost izvaja koncesionar zasebnik ali koncesionar v javnem zdravstvenem zavodu. Kakovost in usmerjenost v ljudi mora pretehtati. Je to vera v prazno? Ne. Kot ni bila pred desetletji, ko so rezultati vidni danes.

Primarno zdravstvo je prišlo v svojem razvoju do točke, ko je mogoče le dvoje:

- ali mu dati vlogo, ki mu pripada, kar pomeni, da bi moralo po pomembnosti predstavljati bazo zdravstvenega sistema,
- ali pa ga z birokratskimi ukrepi pretvoriti v nepomembno vejo izvajalcev zdravstvenega varstva, kjer bo zaradi nezanimivosti kmalu izginilo s seznama specialističnih strok.

Slednje se ne more zgoditi, kajti stroka je tista, ki poudarja pomen lastnega obstoja. Zato je izjemno pomembno, da jo vedno znova nadgrajujemo, razvijamo, ji sledimo in jo delimo ljudem, ki jo potrebujejo. Ljudje bodo to cenili, spoštovali in sprejemali. Politika mora nato slediti...



Tokratna naslovnica predstavlja lik tržaškega patologa dr. Šimna Pertota (1845-1907), ki je s svojim delom postavil temelje kromatografiji.

Oblikovanje naslovnice in avtor logotipa: Primož Kalan. Pripravila: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavc

## UVODNIK

Nova doba za primarno zdravstvo 3  
*Tonka Poplas Susič*

## ZBORNICA

Projekt Digitalno delovno mesto v zdravstvu 9  
Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe 12

## PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 20

## STAN

Ciril Bratuž – zobozdravnik,  
specialist stomatološke protetike (1931–2009) 21  
*Rafaël Podobnik*

Dr. Miloš Porekar – pionir slovenske  
endoskopije (18. 4. 1924–7. 2. 2009) 22  
*Elko Borko*

## OBLETNICA

90 let Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani 24  
*Dušan Šuput*

## ZDRAVSTVO

Svetniki in višji svetnik 2009 26  
*Ministrstvo za zdravje*

Zdravstvena informatika in njeni stalni spremljevalci 28  
*Rade Iljaž*

1. mednarodni kongres izvedencev Slovenije 29  
*Života Lovrenov*

»Stroški poslovanja ZZZS v letu 2009« 31  
*Damjan Kos*

Socialni marketing v zdravstvu 33  
*Damjana Pondelek*

»Naredite tako, kot bi prof. Brinkmann« 35  
*Marjan Kordaš*

## FORUM

Čakalne liste, korupcija in pravičnost 36  
*Matjaž Zwitter*

Še o slovenskih zdravnicah 37  
*Miroslava Cajnkar Kac*

O etičnem zdravniku 38  
*Miloš Židanik*

Morda pa le nismo vsega natančno dorekli? 39  
*Tatjana Mlakar*

Prispevek Tatjane Mlakar – odgovor 40  
*Sabina Markoli*

## MEDICINA

Dr. Šimen Pertot  
(1845–1907), začetnik kromatografije 42  
*Ivan Pintar, Zvonka Zupanič Slavc*

Slovenija ponovno najuspešnejša 46  
*Marko Hawlina*

Moj kamenček v mozaik 47  
*Petra Meglič*

Slovenija-Donor v letu 2008 48  
*Mibael Tonejč s sodelavci*

Presaditev ledvice 2009 53  
*Boštjan Kersnič*

IX. Kokaljevi dnevi 2009 55  
*Marko Drešček*

Sindrom razdražljivega črevesa 57  
*Rok Orel*

Kirurgija epilepsije v pediatričnem obdobju 62  
*Natalija Krajnc*

Antihistaminiki, inverzni agonisti histaminskih receptorjev 64  
*Vesna Glavnik*

Rasilez 150 mg in 300 mg: prvo  
peroralno zdravilo za zaviranje renina 67  
*Matjaž Bunc*

Pacientu prijazen postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo 69  
*Veljko Vlaisavljevič*

Ob nekrologu pionirju endoskopije dr. Milošu Porekarju 71  
*Elko Borko*

Sarabanda za Sasibo 74  
*Jurij Lindtner*

Kam po študiju splošne medicine?! 77  
*Marko Zdravkovič, Tamara Elbl*

Zdravniki s Papue 79  
*Anže Mihelič*

Nove možnosti za stalno strokovno  
izobraževanje zdravnikov družinske medicine 82  
*Igor Svab, Marija Petek Šter*

Osnove ultrazvočne anatomije trebušne votline 83  
*Marjan Skalicky, Igor Japelj*

Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije 84  
*Andrej Žmitek*

## I. mednarodni kongres izvedencev Slovenije

Života Lovrenov



29

Ali naj bo široko črevo ali debelo črevo 86

*Srečko Košuta*

Slovenski medicinski slovar 86

*Dušan Sket*

### ■ STROKOVNA SREČANJA 87

### ■ DELOVNA MESTA 101

### ■ S KNJIŽNE POLICE

Marija Makarovič: Podoba zdravstvene kulture koroških Slovencev 110

*Boris Klun*

Kraljica in divja ženska. Živi, kar si! 112

*Marjan Kordaš*

### ■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Slovenski in hrvaški upokojeni zdravniki v Medžimurju 114

*Marjana Salebar*

»Puščavska nevesta« – kraljestvo Palmira 116

*Tomaž Rott*

Mnogi zdravniki imajo radi umetnost 120

*Gregor Mavčič*

Smrt na nasprotnem voznem pasu 122

*Majda Kurinčič Tomšič*

O smrti poznanega umetnika in zdravnika, mojega učitelja 123

*Zlata Remškar*

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom 124

*Janez Tomažič*

Aforizmi za odpisane 124

*Dušan Sket*

### ■ SISI

Za bistre glave 125

*Izak Rozina*

Voda patra Radoslava - ki vrača življenje in podaljša mladost 126

*Che in Zverjasec*

### ■ ZAVODNIK - TAKO MISLIMO

Zdraviti ljudi, napisati knjigo 127

*Marjan Kordaš*

## Zdravniki s Papue

Anže Mihelič



79

## »Puščavska nevesta« – kraljestvo Palmira

Tomaž Rott



116

## Impressum

LETO XVIII., ŠT. 6, 1. junij 2009  
natisnjeno 8500 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@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-mcs.si)  
Transakcijski račun: 02014-0014268276

### PREDSEDNICA / PRESIDENT

prim. 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@zzs-mcs.si](mailto:isis@zzs-mcs.si)

### ODGOVORNI IN GLAVNI UREDNIK / EDITOR-IN-CHIEF AND RESPONSIBLE EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.  
E: [egadzijev@onko-i.si](mailto:egadzijev@onko-i.si)  
T: 01/587 98 97

### TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.  
E: [marta.brecko@zzs-mcs.si](mailto:marta.brecko@zzs-mcs.si)

### UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med.  
doc. dr. Vojko Flis, dr. med.  
prof. dr. Anton Grad, dr. med.  
prim. asist. Jana Govc Eržen, dr. med.  
prof. dr. Alojz Ihan, dr. med.  
prof. dr. Boris Klun, dr. med.  
akad. prof. dr. Marjan Kordaš, dr. med.  
prof. dr. Črt Marinček, dr. med.  
asist. mag. Marko Pokorn, dr. med.  
asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med.  
prof. dr. Tomaž Rott, dr. med.  
asist. Aleš Rozman, dr. med.  
akad. prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.  
prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.  
prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

### TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman  
Slavka Sterle

### OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan  
VisArt studio, Ljubljana

### RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

Andrej Schulz, Barbara Kovačič,  
Simon Trampus, Primož Kalan  
VisArt studio  
Kvants-VisArt d.o.o.  
Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana  
T: 01/257 67 41

### 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](mailto:atelier-im@siol.net)

### TISK / PRINTED BY

Tiskarna Povše,  
Povšetova 36 a, Ljubljana  
T: 01/439 98 40

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 5. 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 - šteje 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 z naslovi, mednaslovi in poudarki (so)opremlja uredništvo.

## Poročila s strokovnih srečanj

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 - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Prispevek s sliko ima lahko največ 9.000 znakov - šteje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Vsako poročilo iz tujine mora obvezno vsebovati kratak 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 objavljalo 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.

# ISIS

## Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

## Sodelovali

**Prim. prof. dr. Elko Borko**, dr. med., Maribor • **Prof. dr. Matjaž Bunc**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za kardiologijo • **Miroslava Cajnkarc Kac**, dr. med., MA KAC, d.o.o. • **Asist. Marko Drešček**, dr. med., ZZZV Celje • **Tamara Elbl**, študentka MF Maribor • **Prim. Vesna Glavnik**, dr. med., Ljubljana • **Izr. prof. dr. Marko Hawlina**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Očesna klinika • **Asist. Rade Iljaž**, dr. med., ZD Brežice • **Prim. Igor Japelj**, dr. med., Maribor • **Doc. dr. Matjaž Jeras**, mag. farm., Slovenija-Donor • **Boštjan Kersnič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za nefrologijo • **Prof. dr. Boris Klun**, dr. med., Ljubljana • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Damjan Kos**, ZZZS • **Prim. Srečko Košuta**, dr. med., Ljubljana • **Asist. Natalija Krajnc**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika • **Prim. Majda Kurinčič Tomšič**, dr. med., Radomlje • **Prof. dr. Jurij Lindtner**, dr. med., Ljubljana • **Života Lovrenov**, dr. med., ZZZS • **Sabina Markoli**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Gregor Mavčič**, dr. dent. med., zasebnik s koncesijo v gorenjski regiji • **Mag. Nina Mazi**, dr. med., Ljubljana • **Petra Mešlič**, dr. med., ZD Domžale • **Anže Mihelič**, dr. med., zdravnik pripravnik • **Ministrstvo za zdravje RS** • **Dr. Tatjana Mlakar**, univ. dipl. ekon., Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, OE Novo mesto • **Doc. dr. Rok Orel**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična

klinika • **Doc. dr. Marija Petek Šter**, dr. med., ZD Trebnje • **Prim. mag. Rafael Podobnik**, dr. dent. med., Nova Gorica • **Damjana Pondelek**, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • **Asist. dr. Tonka Poplas Susič**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Dr. Zlata Remškar**, dr. med., Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Asist. Aleš Rozman**, dr. med., Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Prim. doc. dr. Marjan Skalicky**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Prof. dr. Dušan Sket**, dr. med., Ljubljana • **Prim. mag. Marjana Šalehar**, dr. med., ZD Ljubljana • **Prof. dr. Dušan Šuput**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Prof. dr. Igor Švab**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Prof. dr. Janez Tomazič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • **Mag. Miha Tonejc**, dr. med., Slovenija-Donor • **Prim. prof. dr. Veljko Vlaisavljevič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Marko Zdravkovič**, študent MF Maribor • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • **Izr. prof. dr. Matjaž Zwitter**, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana • **Asist. mag. Miloš Židanik**, dr. med., Zdravstveni zavod Vaše zdravje • **Prim. Andrej Žmitek**, dr. med., Psihiatrična bolnišnica Begunje

# Projekt Digitalno delovno mesto v zdravstvu

Zdravniška zbornica Slovenije želi aktivno pomagati pri izboljšanju kakovosti in učinkovitosti dela zdravnikov ter celotnega zdravstva. Ker je v današnji družbi znanja informacijska tehnologija nepogrešljiv spremljevalec vsake strokovne dejavnosti, smo se odločili, da s skupnimi močmi zagotovimo sodobno in učinkovito informacijsko podporo delu v zdravstvu.

Cilji, ki si jih je zastavila Zdravniška zbornica, so: učinkovito in kakovostno delo zdravnikov in drugega zdravstvenega osebja, celovit elektronski zapis zdravstvene dokumentacije (ne samo upravljanje finančno-poslovnih, temveč tudi vseh kliničnih podatkov), povečano sodelovanje pacientov v procesu zdravljenja, sodobnost in visoka varnost ter bistveno znižanje stroškov zdravstvene informatike.

Za doseg te ciljev je zato Zdravniška zbornica Slovenije s konzorcijem, ki ga vodi telekomunikacijski operater T-2, d.o.o., začela z izvajanjem projekta **Digitalno delovno mesto v zdravstvu (DDM Zdravstvo)**. V konzorciju sodelujejo priznani IT, poslovni in pravni strokovnjaki za e-poslovanje ter vrsta dobaviteljev informacijsko-komunikacijske opreme. Zdravniška zbornica Slovenije pa je zagotovila še ekipo priznanih zdravnikov, ki s svojim strokovnim znanjem in praktičnimi izkušnjami sooblikujejo vse informacijske rešitve. Prav tako Zdravniška zbornica Slovenije zagotavlja nadzor nad varnostjo in zakonitostjo obdelave podatkov preko posebne nadzorne skupine, ki deluje neodvisno od projektne skupine.

Bistvena naloga projekta je zagotovitev celovitih, varnih in učinkovitih informacijskih rešitev za delo v zdravstvu. Rešitve so bile v pospešenem razvoju od jeseni 2008 in so sedaj pripravljene za poskusno delovanje ter bodo produkcijsko zaživele v tretjem in četrtem četrtletju 2009, kar bo pomenilo, da se bo njihova uvedba lahko skladala z uvedbo novega zavarovalniškega informacijskega sistema On-line.

V sklopu projekta so bile razvite nove programske rešitve, precejšen del projekta sloni na uporabi odprte kode, za varno elektronsko hrambo (arhiviranje) podatkov in dokumentov pa so bile uporabljene preizkušene komponente za upravljanje podatkov in dokumentov (IMIS), ki so, čeprav plod izključno slovenskega znanja, široko domače in mednarodno uveljavljene. Poleg tehnoloških rešitev se v projektu zagotavlja tudi celovit pravni okvir (vzorna notranja pravila, pogodbe, izjave, soglasja in drugi akti), ki bo zagotovil zakonito in pacientom prijazno delovanje sistema ter spoštovanje vseh veljavnih predpisov, strokovnih in tehnoloških standardov in etičnih norm.

Ker je pomemben del informacijske rešitve tudi povezava z informacijskim sistemom ZZZS oziroma sistemom On-line, je predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., s posebnim pismom generalnega direktorja zdravstvene zavarovalnice obvestila o omenjenem projektu. Hkrati ga je tudi pozvala, da zagotovi vse potrebne informacije in sodelovanje z izvajalci projekta »DDM Zdravstvo«, da bomo tako s skupnimi močmi zagotovili kakovostno, zakonito in seveda tudi stroškovno učinkovito informacijsko podporo v zdravstvu. O projektu pa je obveščen tudi državni sekretar na Ministrstvu za zdravje dr. Ivan Eržen.

Ob tem je potrebno poudariti, da gre v tem primeru za partnerski pristop in sodelovanje med Zdravniško zbornico Slovenije in omenjenim konzorcijem ter da smo sistem razvijali skupaj. Prepričani smo, da je dober in učinkovit ter ga zato priporočamo vsem našim članom, v začetku na primarni ravni. Kasneje pa bo seveda tudi možnost njegove širitve tudi na druge ravni.

Kontaktna oseba projekta za vsebinska vprašanja s strani Zdravniške zbornice Slovenije je asist. Dean Klančič, dr. med., e-pošta: [darja.klančar@zzs-mcs.si](mailto:darja.klančar@zzs-mcs.si).





## Spoštovani zdravnice in zobozdravnice, zdravniki in zobozdravniki!

Zdravniki/zobozdravniki delamo z bolniki. Delo je naporno in odgovorno, saj bolniki od nas pričakujejo nezmotljivost, čas in zdravje. Smo strokovnjaki, a vsak za svoje področje. Včasih se znajdemo v stiski, ki je sami ne zmoremo razrešiti in potrebujemo pomoč, nasvet, poslušalca.

**V STISKI NISI SAM!**

Z veseljem Vas obveščamo, da je Zdravniška zbornica Slovenije v sodelovanju s prostovoljci (zdravniki in zobozdravniki) sestavila skupino za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom ter njihovim svojcem v stiski.

Vam in vašim svojcem bomo  
**ANONIMNO** nudili pomoč v težavah in  
pomagali pri iskanju ustreznih rešitev!

Pokličite nas na  
**ANONIMNO** telefonsko številko:

**01 307 2222**

vsak ponedeljek in četrtek  
od 15. do 16. ure.



# Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

## Odzivi in pobude ZZS

### Poziv ministrstva in zdravstvene zavarovalnice k varčevanju je neustrezen

V Zdravniški zbornici Slovenije nasprotujemo vsebini poziva, ki sta ga na izvajalce osnovne zdravstvene dejavnosti pred dnevi naslovila minister za zdravje in generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Menimo namreč, da tak poziv k varčevanju ne razrešuje temeljnih problemov slovenskega zdravstva ter povečuje stisko tako pacientov kot tudi zdravnikov.

Predlogi, ki jih v pozivu navajata minister in direktor zdravstvene zavarovalnice, zdravnike omejujejo v njihovih strokovnih odločitvah na administrativno raven, bolnikom pa ne zagotavljajo pravic, ki bi jih morali biti deležni po strokovni presoji zdravnika, glede na njihovo zdravstveno stanje.

Čeprav je primarni zdravstveni sistem stroškovno najbolj učinkovit del zdravstvenega sistema tako v evropskih državah kot tudi v Sloveniji, pa je žal znano dejstvo, da je slovenski primarni zdravstveni sistem podhranjen. V Evropski uniji namreč na primarni ravni v povprečju dela kar 50 odstotkov več zdravnikov na število prebivalcev kot v Sloveniji. Dodatno varčevanje na tej ravni bo tako ohromilo delovanje zdravstvenega sistema in omejilo zagotavljanje kakovostne zdravstvene oskrbe prebivalkam in prebivalcem Slovenije.

V Zdravniški zbornici Slovenije smo vedno bili in tudi smo pripravljeni aktivno povečevati osveščenost državljanov o njihovih pravicah, ki jih država žal zagotavlja na deklarativni ravni. Upravičeno pa od nosilcev zdravstvene politike v državi pričakujemo, da jasno in javno povejo, kakšen obseg pravic je možno zagotoviti z razpoložljivimi sredstvi in kadri.

Tak pristop k varčevalnim ukrepom v zdravstvu, kot sta si ga zamislila minister in direktor zdravstvene zavarovalnice, je po našem mnenju popolnoma neustrezen. Varčevanja namreč ne moremo obravnovati izolirano zgolj v smislu varčevanja pri izdajanju napotnic in receptov, temveč v sklopu odgovornosti bolnikov in zdravnikov za strokovno obravnavo. Če namreč neko bolezensko stanje zahteva določeno število receptov in napotitev na nadaljnjo diagnostiko in zdravljenje, je pacient do tega tudi upravičen. Zato bi bilo potrebno prihranke iskati na drugih področjih in ne varčevati na račun bolnikov. Kot primer navajamo projekt Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za uvedbo novega sistema kartic zdravstvenega zavarovanja in profesionalnih kartic (on-line sistem), pri katerem se trošijo milijonska sredstva zdravstvenega zavarovanja za tehnične rešitve, ki k sami kakovosti obravnave pacientov ne prispevajo. S tem pa se tako zmanjšujejo sredstva, namenjena za zdravstveno varstvo prebivalcev in prebivalcev Slovenije.

Obžalujemo tudi, da na pogajanjih za Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2009 doslej ni bil sprejet še noben predlog Zdravniške zbornice Slovenije, s katerimi smo želeli urediti učinkovit način financiranja zobozdravstvenih storitev. Sem sodi ureditev administrativnih nepravilnosti v glavarinskem sistemu (nezažurne evidence ZZS, nesorazmerja po regijah, neena- komerna dostopnost do zobozdravnika), čemur pa partnerji v pogajanjih niso pritrdili. Zato opozarjamo, da zobozdravniki z nizko glavarino, na osnovi pripravljenih pogodb, ne bodo mogli vpisovati novih pacientov, četudi bi to želeli, saj zdravstvena zavarovalnica ne bo zagotovila dovolj sredstev za nove bolnike, čeprav bi bilo to potrebno. Brez popravkov in dopolnitev sistema financiranja, ki je bil pravno formalno sicer vpeljan 1. aprila letos, bo ta namreč zmanjšal dostopnost do

zobozdravstvenih storitev za posameznika in tudi podaljšal čakalne dobe.

Prav tako pa javno opozarjamo tudi na dejstvo, da vse več izvajalcev javnih zdravstvenih storitev ne želi podpisovati pogodb o izvajanju programa zdravstvenih storitev za pogodbeno leto 2009 z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki so za izvajalce škodljive, in se zato odločajo za uvedbo arbitražnih postopkov zoper uvedbo novega sistema financiranja zdravstvene dejavnosti. V pogodbah, ki jih je pripravila zdravstvena zavarovalnica, so namreč opredeljene tudi pogodbene kazni, za katere ni pravne podlage v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ob tem je zdravstvena zavarovalnica v rebalansu svojega finančnega načrta za leto 2009 že predvidela kar za 15-krat večji priliv iz naslova kazni pri izvajalcih, kar zmanjšuje sredstva za izvajanje programov zdravstvenega varstva. To pomeni, da se bodo tako sredstva, ki so namenjena za zagotavljanje zdravstvenega varstva državljanov in državljanov, iz programov za zdravljenje pri določenem izvajalcu preusmerjala v kazni, kar je povsem nedopustno. Zdravniška zbornica Slovenije je na pogajanjih že opozorila na to anomalijo in pričakujemo, da bosta Ministrstvo za zdravje in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije našo pobudo v interesu državljanov in državljanov tudi sprejela.

## Zdravstveni sistem mora biti kakovosten in varen, predlagane administrativne rešitve pa ne zagotavljajo njegove varnosti

Koordinacija zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije – Fides, Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov) je na novinarski konferenci sporočila, da so ukrepi za varčevanje, h katerim sta zdravnike pozvala minister za zdravje Borut Miklavčič in generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) Samo Fakin, neizvedljivi in bi lahko bili tudi škodljivi za bolnike. Kot je dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., zdravniki v času gospodarske krize, ko je veliko ljudi izgubilo službo, soglašajo s potrebo po varčevanju, vendar nikakor ne na račun bolnikov.

Minister za zdravje in generalni direktor ZZZS sta namreč pred dnevi v pismu izvajalce osnovne zdravstvene dejavnosti pozvala k varčevanju, h kateremu lahko po njenem mnenju svoj delež prispevajo tudi z zmanjšanjem premalo utemeljenih naporitev bolnikov k specialistom in z racionalnejšim predpisovanjem zdravil.

Po mnenju predsednice Zdravniške zbornice Slovenije gredo predlagani administrativni ukrepi lahko tudi na škodo bolnikov. »Slovenski zdravniki želimo in tudi lahko izvajamo kakovostno zdravstveno varstvo, vendar z administrativnimi omejitvami ne moremo soglašati. Takšne omejitve, kot sta jih predlagala Ministrstvo za zdravje in ZZZS, so z vidika varnosti delovanja zdravstvenega sistema nesprejemljive,« je dejala predsednica zbornice. Dodala je, da morajo omejitve temeljiti na strokovnih izhodiščih, Zdravniška zbornica Slovenije pa je pripravljena sodelovati pri oblikovanju tistih učinkovitih ukrepov, ki bodo tej državi zagotavljali še vedno enako in primerljivo raven zdravstvenega varstva, kot jo ima Evropa in si jo Slovenci tudi zaslužimo. Po njenem mnenju je osnova zdravstvenega sistema, da je kakovosten in varen, česar pa te predlagane administrativne rešitve ne zagotavljajo.

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije je ob tem tudi opozorila, da je v slovenskem zdravstvenem prostoru na primarni ravni v

povprečju 50 odstotkov manj zdravnikov, kot je evropsko povprečje. Po razpoložljivih podatkih so slovenski zdravniki za 10 odstotkov bolj učinkoviti kot evropski, število obiskov na primarni ravni pa je veliko večje kot v primerljivih evropskih državah. To pomeni, da se slovenski zdravniki soočajo z neprimerljivo velikimi delovnimi obremenitvami, kar lahko, po njenem mnenju, pripelje tudi do škode za bolnike, čemur pa Zdravniška zbornica Slovenije nasprotuje.

Poudarila je, da si vsak bolnik zasluži zdravniško obravnavo, ki je primerna njegovemu zdravstvenemu stanju. V skladu s strokovno presojo zdravnika pa je tudi odločitev za izdajo recepta in naporitev na nadaljnje zdravljenje.

»Od oblikovalcev zdravstvene politike pričakujemo, da bodo delovali v prid zdravju državljanov in državljanek, kot stanovsko združenje zdravnikov in zobozdravnikov pa smo pri tem pripravljene tudi aktivno sodelovati,« je dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

Odzvala pa se je tudi na poročanje nekaterih medijev, da Zdravniška zbornica Slovenije nasprotuje inšpekcijskim pregledom Davčne uprave Republike Slovenije (DURS) pri zobozdravnikih, ter odločno zanikala takšne navedbe. Poudarila je, da so zdravniki zavezani k varovanju medicinskih skrivnosti, ne glede na pritiske katerekoli oblasti. Gre namreč za strokovno, moralno, etično in deontološko zavezo zdravnikov, ki je ne nameravajo prelomiti. Zdravniška zbornica Slovenije sodeluje z DURS-om, prav tako tudi z informacijsko pooblaščenko ter išče rešitve, ki so zakonite. Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je zato, tudi v skladu s priporočilom informacijske pooblaščenke, sprejel stališče, da je pri davčno-inšpekcijskih nadzorih DURS-a možen vpogled v obračunski del dokumentacije, ne pa tudi v medicinski del dokumentacije posameznega pacienta. V kolikor pa želi DURS preveriti tudi podatke posameznega bolnika, pa je dolžan predhodno pridobiti njegovo pisno soglasje.

## Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije v pismu ZZZS proti ukinitvi osebnih receptov za zdravnike

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je glede napovedane ukinitve osebnih receptov za zdravnike na generalnega direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) Sama Fakina in predsednico skupščine ZZZS Pavlino Svetič naslovila posebno pismo. V njem je zapisala, da Zdravniška zbornica Slovenije ukinitvi osebnih receptov za zdravnike odločno nasprotuje. Menimo namreč, da je predpisovanje receptov del poslanstva zdravniškega poklica, ki ne preneha z upokojitvijo ali s spremembo pravnega statusa predpisovalca (npr. zasebnštva). Predpisovanje osebnih receptov pa prav tako ne krati pravic zavarovancev, temveč celo izboljšuje dostopnost do zdravnika.

»Osebnih recepti niso boniteta, kot se jih morda želi prikazati, saj ne prinašajo posrednih ali neposrednih finančnih koristi. 30 receptov letno tudi ne pomeni ugodnosti ali bonitete, temveč zaupanje v odgovorno in strokovno ravnanje zdravnikov, ki na ta način razbremenijo prezaposlene kolege,« je predsednica zapisala v svojem pismu. Po javno dostopnih podatkih je znotraj celotnega števila predpisanih receptov v breme Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije številno 60.000 letno predpisanih osebnih receptov dejansko minimalno oziroma predstavlja zgolj 0,4 odstotka vseh izdanih receptov.

Po prepričanju predsednice predpisovanje osebnih receptov med drugim zmanjšuje tudi stroške zaradi manjših obremenitev zdravstvene službe. V primeru njihove ukinitve bodo namreč zavarovanci recepte za potrebna zdravila tako ali tako dobili drugje in ob tem dodatno obremenili zdravstveno službo, hkrati pa je moč pričakovati tudi povečanje odsotnosti z dela. V primerih, ko se predpisujejo zdravila z omejitvijo predpisovanja ali zelo draga zdravila, je mogoče identiteto predpisovalca zlahka ugotoviti, saj imajo recepti identifikacijsko številko zdravnika; v takih primerih pa je predlagana individualna obravnava.

»Zato vas pozivamo, da ponovno razmislite o napovedani ukinitvi osebnih receptov za zdravnike. Prepričani smo namreč, da z njihovo odpravo ne boste dosegli nikakršnega pozitivnega finančnega učinka, temveč zgolj

podaljšali čakalne vrste pri vseh zdravnikih, ki predpisujejo recepte. Predlagamo, da pri hranke poiščete na drugih področjih – npr. pri nepotrebni nenujni reševalnih prevozih oziroma nadomestilih za bolniški dopust nezaposlenim osebam,« zaključuje svoje pismo predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

## V času gospodarske krize je zdravje državljanov še posebej pomembna vrednota

Zdravniška zbornica Slovenije se pridružuje stališču Foruma zdravstvene politike Evropske unije, ki je ob trenutni globalni gospodarski krizi v odprtem pismu predsednike držav in vlad pozvala, da prednostno storijo vse, kar je v njihovi moči, za zaščito zdravja in blaginje sedanje in prihodnjih generacij. Obstaja namreč utemeljena povezava med zdravjem in ekonomsko blaginjo. Zato od voditeljev držav in vlad pričakujemo vodenje z drznimi in odločnimi dejanji, ki pomeni dajanje prednosti, ščitenje in zagotavljanje zdravja ljudi, in ne žrtvovanja zdravja za kratkoročne finančne in politične koristi. Kratkoročne rešitve zmanjšanja zdravstvenih in socialnih izdatkov v nekaterih državah članicah so kratkovidne in bodo vsekakor prizadele obete za ekonomsko okrevanje Evrope kot celote.

Zdravstveni sektor predstavlja 10 odstotkov BDP Evropske unije in spada med največje delodajalce v uniji. Po mnenju Foruma zdravstvene politike Evropske unije je zdravo prebivalstvo potreben pogoj za zdravo gospodarstvo, strukturni kazalnik let zdravega življenja pa je tudi del Lizbonske strategije. Preprečitev bolezni s pravočasnim in učinkovitim dostopom do zdravljenj in storitev je zato ključni člen v ekonomskem sistemu vsake skupnosti v državah članicah. Po mnenju Foruma zdravstvene politike Evropske unije namreč zdravi prebivalci Evrope ustvarjajo, najdejo in tudi obdržijo službe ter tudi bolje obvladujejo negotovost in stres.

Tako kot članice Foruma zdravstvene politike Evropske unije, tudi Zdravniška zbornica Slovenije z zaskrbljenostjo spremlja zmanjševanje proračunov za zdravje in socialne izdatke v nekaterih državah Evropske unije, med njimi tudi poskuse varčevanja na račun bolnikov v zdravstvenem sektorju v Sloveniji. Nenazadnje to lahko pripelje do pojava socialnih nemirov, čemur smo že priča v nekaterih državah, ter vse večjih socialnih

in zdravstvenih neenakosti znotraj držav in med državami.

Predsednike držav in vlad članic Evropske unije tudi pozivamo, da preučijo možnosti za investicije v zdravstvene zmogljivosti, znanje in infrastrukturo (vključno z e-zdravjem) kot del naporov za spodbujanje gospodarskega okrevanja. V tej luči je potrebno tesno mednarodno sodelovanje s širokim spektrom deležnikov, vključno z javnimi, zasebnimi in prostovoljnimi organi, raziskovalci, inovatorji in strokovnjaki, posameznimi državljanji in skupnostmi. Članice Foruma zdravstvene politike Evropske unije se zavezujejo, kot to počnejo tudi v strateškem načrtu, ki obravnava ekonomske, socialne, okoljske, demografske in tehnološke prednostne naloge v povezavi z zdravjem, da bodo konstruktivno sodelovale z vladami in ostalimi deležniki, kot je Svetovna zdravstvena organizacija in institucije Evropske unije, da bi pomagali pri soočenju s temi izzivi.

Zdaj je čas, da se vlade zavežejo, da bodo ravnale v prid zdravju. Raziskave javnega mnenja namreč kažejo, da zdravje spada med najpomembnejše vrednote državljanov, zato je temu potrebno posvetiti vso pozornost – tudi v času gospodarske krize. Zdravniška zbornica Slovenije zato poziva nosilce zdravstvene politike v Sloveniji, da pri pripravah in spremembah zakonodaje in vseh ostalih ukrepov, ki vplivajo na delovanje zdravstvenega sistema, upoštevajo stališča in mnenja stanovskih zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo in Sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije). Te namreč lahko, vsaka na svojem področju, prispevajo k pozitivnim, učinkovitim in izvedljivim rešitvam.

Odprto pismo je podpisalo 50 evropskih nevladnih organizacij, ki so včlanjene v Forum zdravstvene politike, med njimi tudi CPME (*Standing Committee of European Doctors*), CED (*Council of European Dentists*) ter UEMS (*European Union of Medical Specialists*), katerih članica je tudi Zdravniška zbornica Slovenije.

## Zdravnik je odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo

»Zdravnik je pri opravljanju svojega poklica v mejah svoje strokovne usposobljenosti samostojen in neodvisen ter za svoje delo odgovoren pred svojo vestjo, bolnikom in družbo,« je v okviru predavanja »Subjektivna in objektivna odgovornost za škodo v medicini in zavarovanju« na posvetu Medicina in pravo opozorila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med. Poudarila je, da velja za zdravstvene delavce *skrbnost dobrega strokovnjaka*. Slednji morajo namreč pri opravljanju zdravstvene dejavnosti ravnati po pravilih in običajih stroke. Izpostavila je tudi obveznost zdravnika, da si v skladu s stroko prizadeva, da bi bolnik okreval, ne more pa jamčiti za njegovo zdravje.

## Uveljavitev On-line sistema

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije je na svoji 9. redni seji, dne 7. maja 2009, razpravljal o poteku pogajanj za podpis pogodbe o razvoju, uvedbi in vzdrževanju programskega modula KZZ On-line ter usposabljanju končnih uporabnikov. Programski modul KZZ On-line je modul, ki ga skupina programskih hiš razvija kot dopolnitev obstoječe programske opreme za potrebe vključitve uporabnika kot izvajalca zdravstvenih storitev v sistem On-line zdravstvenega zavarovanja. Slednjega vzpostavlja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju z zavarovalnicami za prostovoljna zdravstvena zavarovanja in izvajalci zdravstvenih storitev zaradi pristopa k prenovi sistema kartice zdravstvenega zavarovanja in ker omogoča neposredno izmenjevanje podatkov med navedenimi subjekti.

Izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije ugotavlja, da so pogajanja, ki so potekala med Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniško zbornico Slovenije in skupino programskih hiš Infonet Kranj, d.o.o., List, d.o.o., Ljubljana, Pinna, d.o.o., Nova Vizija, d.o.o., ter Audax, d.o.o., zaključena, vendar pa končni rezultat pogajanj ne vsebuje vseh stališč, ki jih je v procesu pogajanj zastopala in na njih tudi vztrajala Zdravniška zbornica Slovenije. Zbornica namreč ni dala nobenega soglasja k omenjenemu projektu, v pogajanjih pa je sodelovala z namenom, da zagotovi potrebne informacije za svoje člane.

Vseskozi se je zavzemala za čim ugodnejše rešitve za uporabnike.

Zdravniška zbornica Slovenije ne more biti podpisnik pogodb o razvoju, uvedbi in vzdrževanju programskega modula KZZ OnLine ter usposabljanju končnih uporabnikov, saj ne more podpisovati pogodb za in v imenu posameznega koncesionarja. Tako je predvideno, da naj bi omenjeno pogodbo podpisovali zgolj uporabniki (javni zavod oziroma zasebnik) in programska hiša.

Našim članom priporočamo, da ne uvajajo sistema On-line brez poprej podpisane pogodbe. Hkrati pa tudi obveščamo, da je Zdravniška zbornica Slovenije v partnerskem sodelovanju s podjetjem T-2 in konzorcijskimi partnerji pripravila nov koncept elektronskega zdravstvenega kartona bolnika, ki bo že vseboval tudi nadgradnjo modula On-line. Zato priporočamo, da se pred podpisom pogodbe za storitve sistema On-line posvetujete z asist. Deanom Klančičem, dr. med. ([darja.klancar@zzs-mcs.si](mailto:darja.klancar@zzs-mcs.si)), o pravnih elementih pogodbe pa s Simonom Mlakar ([simona.mlakar@zzs-mcs.si](mailto:simona.mlakar@zzs-mcs.si)).

## Razsodišče ZZS

### Ukrep javnega opomina zdravniku

Senat razsodišča I. stopnje pri Zdravniški zbornici Slovenije je 16. aprila odločil o obtožnici zoper zdravnika Univerzitetnega kliničnega centra iz Maribora, ki mu je očitana nepravilnost terapije ter da ni izvedel urgentne premestitve bolnika.

Senat, v sestavi predsednika in dveh članov, po izvedbi vseh predlaganih dokazov in obtožnici tožilca ter izjavi zdravnika v postopku, ni v celoti sledil obtožnici, temveč je ocenil, da je zdravnik v postopku odgovoren za neustrezno zdravljenje. Zato je odločil, da mu izreče ukrep javnega opomina.

## Dogodek

### Srečanje z vodstvom hrvaške zobozdravniške zbornice

V sredo, 22. aprila, so se predstavniki odbora za zobozdravstvo in generalni sekretar ZZS v Ljubljani srečali z vodstvom *Hrvatske stomatološke komore (HHSK)*. Kljub temu, da tudi pri njih želi politika posegati v strokovno delo, pa Hrvaška razume pomembno strokovno vlogo zobozdravniške zbornice

in ji je v zadnjem času podelila še dodatna javna pooblastila. Tako je po novem HHSK pooblaščen tudi za pregledovanje računov v ordinacijah ter cenikov, kjer pregledujejo, ali njihovi zobozdravniki ne izvajajo storitev po nižjih cenah, kot jih je določila HHSK.

Srečanje s hrvaškimi kolegi je bilo priložnost za dogovor za nadaljnje sodelovanje ter skupno izdajo Stomatološkega vjestnika international ter skupno organizacijo mednarodnega kongresa na temo sodobne tehnologije v stomatologiji, ki bo letos novembra v Sarajevu.

## Specializacije

### Spremembe Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij, ki se nanašajo na imenovanje glavnih mentorjev

Novi Pravilnik o vrstah, vsebini in poteku specializacij (Uradni list RS št. 22-09, v nadaljevanju Pravilnik) prinaša nekaj novosti, tudi kar zadeva pogoje za imenovanje glavnih mentorjev.

Najpomembnejša sprememba Pravilnika, ki se nanaša na pogoje za imenovanje glavnega mentorja, izhaja iz njegovega 30. člena in se glasi: »Glavne mentorje imenuje zbornica na predlog pooblaščenih izvajalcev ali svojih strokovnih sodelavcev, za obdobje šestih let. **Za glavnega mentorja je lahko imenovan le zdravnik, ki je v predhodnem koledarskem letu zbral najmanj 50 kreditnih točk**, ki so skladno s pravilnikom, ki ureja podelitev zdravniških licenc, potrebne za podaljšanje licence, in se ustrezno usposablja za mentorja po usmeritvah stroke.«

Na podlagi zgoraj navedenega sporočamo, da bomo v postopku imenovanja glavnih mentorjev za leto 2010 dolžni dosledno preverjati navedene pogoje, zato vsem kandidatom za imenovanje predlagamo, da Zdravniško zbornico Slovenije sproti ustrezno obveščate o vaših individualnih udeležbah na medicinskih strokovnih srečanjih v tujini (za udeležbe na seminarjih v Republiki Sloveniji se vam na podlagi prijave organizatorja srečanja in liste prisotnosti dodeljene kreditne točke upoštevajo avtomatično), objavljenih strokovnih prispevkih in drugih oblikah samoizpopolnjevanja. Obrazce za prijavo in druge informacije boste našli na spletni strani zbornice:

<http://www.zdravniskazbornica.si/zdravnikiinzobozdravniki.asp?FolderId=261&LanguageId=1>, za dodatne informacije v zvezi z dodelitvijo kreditnih točk pa se lahko obrnete tudi na Mojco Urana, tel: 01 30 72 192 ali e-pošta: [mojca.urana@zzs-mcs.si](mailto:mojca.urana@zzs-mcs.si).

Spoštovani avtorji prispevkov za revijo Isis, sporočamo vam, da smo se v uredništvu odločili za spremembo datuma, do katerega sprejemamo prispevke za naslednjo številko. Novi rok za oddajo prispevkov v naše uredništvo je **do 5. v mesecu** za naslednji mesec.

Gradivo za julijsko številko bomo torej sprejemali **do 5. junija**.

Za spremembo roka oddaje prispevkov smo se odločili, da bi imeli na voljo nekoliko več časa za ureditev, lektoriranje prispevkov in oblikovanje revije.

Prosimo za razumevanje.

Uredništvo

# Opravljene specialistični izpiti

**Ljubo Breskvar**, dr. med., specialist urologije, izpit opravil 7. 4. 2009

asist. mag. **Robert Blumauer**, dr. med., specialist kardiološke kirurgije, izpit opravil s pohvalo 21. 4. 2009

doc. dr. **Ksenija Cankar**, dr. dent. med., specialistka zobnih bolezni in endodontije, izpit opravila 23. 4. 2009

dr. **Barbara Eržen**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 6. 4. 2009

**Tomo Havliček**, dr. med., specialist travmatologije, izpit opravil s pohvalo 21. 4. 2009

**Andreja Kovač**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 22. 4. 2009

**Luka Ležaič**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 21. 4. 2009

**Jernej Mekicar**, dr. med., specialist abdominalne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 6. 4. 2009

**Gregor Mlinšek**, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil 17. 4. 2009

**Andreja Murnik Rauh**, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 17. 4. 2009

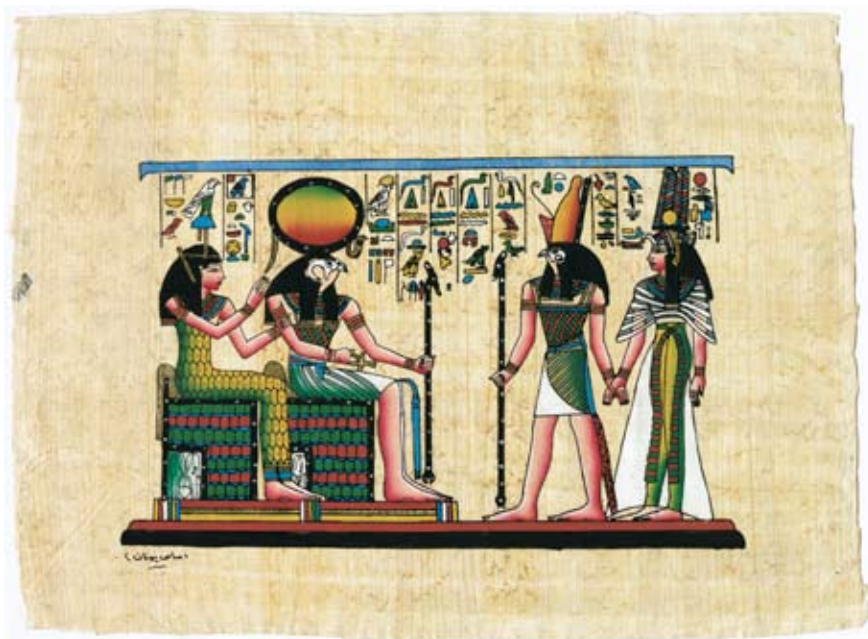
**Franci Pavlovič**, dr. dent. med., specialist maksilofacialne kirurgije, izpit opravil 24. 4. 2009

**Lidija Perša**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila 14. 4. 2009

**Sabina Verem**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 16. 4. 2009

mag. **Irena Virant**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila 21. 4. 2009

**Marijana Žen Jurančič**, dr. med., specialistka interne medicine, izpit opravila 22. 4. 2009



In memoriam

# Ciril Bratuž – zobozdravnik, specialist stomatološke protetike (1931–2009)

*Rafael Podobnik*

V soboto, 31. januarja, smo se na čepovanskem pokopališču poslovili od zobozdravnika, specialista stomatološke protetike in zdravstvenega organizatorja Cirila Bratuža. Vseskozi je bil vztrajen, daljnoviden in pokončen mož. Za nas, sodelavce, so bile najbolj presenetljive njegove genialne poteze, ki smo jih v celoti doumeli šele po mnogih letih. Najusodnejša je bila, da je zobozdravstvo, kljub nasprotovanju celotne občinske postave, ločil od ostalega osnovnega zdravstva. Od takrat dalje smo bili opremljeni z najnovejšimi napravami in uporabljali najboljše materiale. Strokovnih srečanj smo se udeleževali v tako velikem številu, da si ga predstavniki drugih zdravstvenih domov niti zamisliti niso mogli. Ogromno smo vlagali v kadre. In kar je najvažnejše, čeprav smo veliko delali za samoplačnike, smo za zavarovance vsako leto napravili več, kot nam je družba plačala.

Z univerzitetnim profesorjem Rajkom Sedejem sta v Novi Gorici zasnovala Stomatološko polikliniko, v kateri bi bili na enem mestu zbrani vsi zobozdravstveni specialisti, ki bi celovito oskrbovali paciente severnoprimske pokrajine. Zobozdravstveni dom je bil takrat tako močan, da je sam nosil 72 odstotkov stroškov stavbe in opreme. Na žalost zaradi družbenih sprememb zamisel ni nikoli v celoti zaživela.

Njegov dostojanstveni umik v zasebno prakso nas je streznil. Še danes pušča grenak priokus. Naj bo kakor koli, izognil se je človeškim pritlehnostim in ni mu bilo treba opazovati, kako nedomišljena zdravstvena zakonodaja ruši tisto, po čemer smo bili boljši od ostale Slovenije. Država še danes ne ve, kaj bi z zdravstvenimi domovi, čeprav je Bratuž imel dobre rešitve.

Sodelavci smo mu neizmerno hvaležni, saj nam je omogočil ustvarjalno, strokovno odmevno in zadovoljstvo prinašajoče delo. Še bolj navdušujeta hvaležnost in zvestoba nepregledne množice njegovih pacientov. S komerkoli si se pogovarjal, vsak je bil zadovoljen z njegovim zdravljenjem.

Bil je član Zveze borcev za vrednote NOB in lovec. Ob vstopu na Čepovanske Vrše njegova tabla že 35 let

nagovarja obiskovalce, naj varujejo veličastno naravo. Od mladih let ga je krasila socialna občutljivost, pa naj je šlo za pomoč revnim sošolcem ali manj premožnim pacientom. Vse življenje si je želel kiparjenja, vendar mu je za sebe vedno zmanjkalo časa. Komaj nas je ob upokojitvi pričel presenečati s presenetljivo kakovostnimi deli, ga je zaustavila bolezen.



Ciril Bratuž, dr. dent. med.

In memoriam

# Dr. Miloš Porekar – pionir slovenske endoskopije (18. 4. 1924–7. 2. 2009)

Elko Borko

Na ljubljanskih Žalah smo 23. februarja 2009 pokopali dr. Miloša Porekarja, ginekologa, enega od pionirjev slovenske endoskopije. Njegov prispevek k razvoju laparoskopije pri nas smo povsem spregledali in o tem ni nobenega podatka celo v obširni monografiji Petra Borisova: »Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980«, ki jo je izdala Slovenska akademija znanosti in umetnosti leta 1995.

Dr. Miloš Porekar se je rodil na Humu pri Ormožu 18. aprila 1924. Oče Anton Porekar je bil po poklicu trgovec, ki se je v času Miloševega rojstva z družino začasno naselil pri svojem očetu Antonu Porekarju (1854–1931), znanem šolniku in zaslužnem narodnem delavcu na Humu.

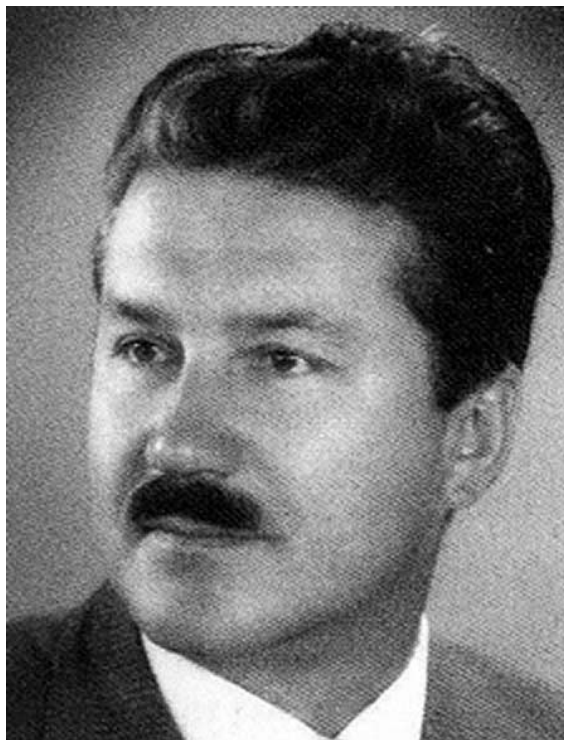
Zatem se je mlada družina preselila na Ptuj in po treh letih v Maribor. Tu je mladi Miloš končal osnovno šolo in se nato po preselitvi v Ljubljano vpisal v gimnazijo, a že kmalu po italijanski zasedbi Ljubljane so ga zaradi povezav z naprednimi krogi v okviru OF zaprli in poslali v taborišče Gonars. Po kapitulaciji Italije se je vrnil v Ljubljano, vendar so ga decembra 1943 ponovno aretirali in poslali v Dachau. V zloglasnem taborišču je navezal številne stike in poznanstva, ki so mu kasneje pomagale pri strokovnem usposabljanju in družbenem uveljavljanju doma in v tujini.

Takoj po koncu druge svetovne vojne se je vrnil v Ljubljano in dokončal zadnja dva razreda gimnazije. Nato se je vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani in končal študij 8. decembra 1951. Staž je opravljal v bolnišnici v Slovenj Gradcu in 1. junija 1952 odšel na opravljanje obveznega vojaškega roka. Dokončal je trimesečno izpopolnjevanje na Šoli za sanitetske oficirje (SOŠ) v Beogradu, zatem pa je služboval pri letalstvu v Zadru. Junija 1953 je v Slovenj Gradcu nadaljeval s stažem. Po končanem stažu se je septembra 1954 zaposlil na Ginekološko-porodniškem oddelku v Splošni bolnišnici Maribor (SBM) in na oddelku deloval do 1. junija 1958, ko je za daljši čas odšel na delo in strokovno izpopolnjevanje v Nemčijo (Offenbach, Heilbronn).

Julija 1959 se je želel vrniti na staro delovno mesto, kar mu

je uspelo šele po daljšem času, ko je opravil specialistični izpit, in po posebnem posredovanju maršalata v Beogradu. Ponovno je začel z delom na ginekološko-porodniškem oddelku 1. maja 1960. Tega leta je v sodelovanju z dr. Stanetom Urbančičem pričel z laparoskopijami, in to s toplim izvorom svetlobe. V letnem poročilu za leto 1960, ki ga je napisal prim. Bogo Skalicky, predstojnik skupnega ginekološko-porodniškega oddelka SBM, je ta začetek zapisan.

1. junija 1961 se je do takrat skupni oddelek razdelil v samostojni ginekološki in samostojni porodniški oddelek.



Dr. Miloš Porekar

Dr. Miloš Porekar se je odločil za slednjega, saj so tudi na porodniškem oddelku obravnavali nekatere ginekološke bolnice. Konec istega leta je porodniški oddelek dobil svojo operacijsko dvorano in sobo za intenzivno nego, tako da je dr. Miloš Porekar imel pogoje za nadaljevanje z laparoskopskimi posegi.

S svojimi izkušnjami z novo endoskopsko metodo je seznanil strokovno javnost na sestanku ginekološke sekcije slovenskega zdravniškega društva 6. januarja 1965 in povzetek tega predavanja je bil še istega leta objavljen v Ginekologiji in opstetriciji, skupnem jugoslovanskem časopisu. To poročilo je prvo objavljeno besedilo o uporabi laparoskopije v našem strokovnem okolju.

Dr. Miloša Porekarja so pri njegovem delu vodile tudi izkušnje, ki si jih je pridobil leta 1963, ko je bil na enome-sečnem strokovnem izpopolnjevanju na zagrebški kliniki za ginekologijo, na kateri so po poročanju prof. Drobnjaka uporabljali laparoskopijo že od leta 1959.

Poleg tega je dr. Miloš Porekar v času svojega kratkega službovanja na porodniškem oddelku Splošne bolnišnice v Mariboru uvedel pri določenih indikacijah dokončanje poroda z vakuumsko ekstrakcijo. V že omenjeni monografiji o slovenski ginekologiji je avtor to zaslugo povsem neupravičeno pripisal drugim, zato menim, da je prav, da se ta napaka popravi, zlasti ker se pripravlja ponatis knjige.

Dr. Miloš Porekar je prav tako med prvimi uporabljal prečni rez (po Pfanennstielu) pri carskem rezu, to je nekaj let pred prvo strokovno primerjavo med vzdolžnim in prečnim rezom.

Bil je mentor poznanim slovenskim porodničarjem: doc. dr. Antonu Veingerlu, prof. dr. Viljemu Brumcu in prim. Igorju Japlju, ki so takrat začeli s svojim strokovnim delom, ki je mariborsko porodništvo pripeljalo do zavidljivih uspehov. Prof. Borisov je to opisal zelo slikovito: »Mariborsko klinično porodništvo je na tem področju prehitelo ne le ljubljansko ginekološko kliniko, temveč tudi ginekološke klinike drugih republik tedanje Jugoslavije.«

Januarja 1965 je dr. Miloš Porekar brez soglasja odpotoval na ginekološki simpozij v Berlin, zato so mu 18. januarja 1965 prekinili službo v SBM.

V Nemčiji je delal do septembra 1967 v Heilbronnu in v Kölnu, zatem pa v Frankfurtu na Majni, najprej do leta 1980 kot bolnišnični ginekolog, nato pa kot samostojni zdravnik in vodja svoje klinike. Pri delu na tujem se mu je novembra 1966 pridružila tudi soproga dr. Alenka Porekar, ki je bila poznana zdravnica za očne bolezni in je delovala v SBM. V njenem domu v Nemčiji so bili dobrodošli številni prijatelji iz Slovenije. Po upokojitvi leta 1993 in vse do svoje smrti je prebival v novem domu v Nemčiji, zelo pogosto in v daljših obdobjih pa tudi v Ljubljani. Ob takih prilikah je občasno obiskoval naše strokovne sestanke in tako z veliko naklonjenostjo spremljal razvoj slovenske ginekologije in porodništva.

Kljub dolgoletnemu delu in novem domu na tujem je ostal zaveden Slovenec in je na lastno željo pokopan v domači zemlji. Njegov prispevek k razvoju slovenske ginekologije in porodništva pa je tolikšen, da ga v bodoče slovenska zgodovina medicine ne sme prezreti.





# 90 let Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Dušan Šuput

90 let je za človeka že lepa starost, za ustanovo pa zagotovo čas, v katerem se mora potrditi v svoji dejavnosti. Medicinski fakulteti v Ljubljani je to zagotovo uspelo, saj je v tem času izobrazila 6789 doktorjev medicine in 1749 doktorjev dentalne medicine, ki so že dokazali, da znajo in zmorejo slovensko medicino, izobraževanje in raziskave ponesti v sam svetovni vrh, čeprav finančna sredstva, ki so ji namenjena, ne dosegajo števil, ki jih dosegajo podobne fakultete v razvitem svetu. Nedvomno je k temu pripomogla tudi tradicija medicinskega izobraževanja in raziskav, ki je v Sloveniji že precej starejša, kot je razbrati iz 90. obletnice ustanovitve Medicinske fakultete.

Resneje se je začelo že z »Academio operosorum«, ustanovljeno leta 1658. V njeni medicinski sekciji je deloval Marko Gerbec, ki je svoje medicinsko znanje pridobil na sloviti Univerzi v Padovi. Bil je tudi začetnik kliničnih raziskav, saj je prvi opisal kliniko popolnega atrio-ventrikularnega bloka. Nadaljevalo se je z ustanovitvijo babiške šole (1753), v kateri je deloval tudi Baltazar Haquet, ki ima zasluge za uvedbo »temeljnega« raziskovalnega dela na področju naravoslovja. Predhodnik medicinske fakultete je bil oddelek za mediko-kirurški študij na liceju v Ljubljani (1782). V času Ilirskih provinc je licej prerasel v »Ecole centrale«, nekakšno univerzo, v okviru katere je bil tudi medicinski oddelek, zametek prve medicinske fakultete na slovenskem ozemlju. Študij je že takrat trajal pet let, torej več kot ob ustanovitvi medicinske fakultete leta 1919. S propadom Ilirskih provinc in vrnitvijo avstrijske oblasti je visokošolski študij prenehal. Kljub prizadevanjem takratnih učiteljev, ki so izpeljali reforme, potrebne za formalno ustanovitev prave medicinske fakultete, takratne oblasti tega niso dopustile – še več, šlo so leta 1848 celo ukinile.

Na ustanovitev Medicinske fakultete v Ljubljani je bilo treba počakati. Akt o ustanovitvi Univerze v Ljubljani in Medicinske fakultete kot njene ustanovne članice je bil objavljen v Uradnem listu avgusta 1919, pouk na takratni nepopolni, dveletni medicinski fakulteti pa je stekel v začetku novembra 1919. Tretji letnik je fakulteta dobila šele leta 1940, okupacija Jugoslavije pa je razvoj in obstoj fakultete zavrla. Popolna medicinska fakulteta s petletnim študijem je nastala leta 1945. Takrat je bila ustanovljena tudi stomatološka klinika, odgovorna za predmet stomatologija; samostojen študij stomatologije (Stomatološka fakulteta) pa je se je razvil šele po »izločitvi« Medicinske fakultete iz Univerze, a se ji je že po nekaj letih spet priključila.

Obdobje popolne Medicinske fakultete je polno uspehov na vseh področjih, kar kaže na izredne sposobnosti in požrtvovalnost njenih sodelavcev. Več let je teoretski del, ki je bil jedro raziskovalnega dela, živel precej ločeno od kliničnih raziskav, ki so bile takrat še razmeroma preproste, a so kljub temu privedle do svetovno odmevnih rezultatov. Šele v zadnjih desetletjih je postopoma prihajalo do vse večjih povezav med teoretskimi in strokovnimi inštituti ter klinikami. Tudi klinično raziskovalno delo je vzcvetelo, tako da dosegamo približno 840. mesto na svetovnih lestvicah, kar nas uvršča med prvih 10 odstotkov v svetu. V kolikor bi bile upoštevane vse publikacije, ki jih objavijo naši učitelji, bi bili spoznani celo za še boljše (kar tudi smo), a pogosto se pri objavah v mednarodni literaturi ime medicinske fakultete izpušča in se navede le klinika ali klinični oddelek, kar slabi našo prepoznavnost. Učitelji medicinske fakultete so do sedaj izobrazili generacije zdravnikov, ki opravljajo svoje delo strokovno in na zavirljivi ravni, tako da se naša medicina brez sramu lahko meri z medicino v najrazvitejših državah.

Za pogled v bodočnost lahko nabereмо kar nekaj poguma in samozavesti s pogledom na prehojeno pot. Že nastanek medicinske fakultete je doživiljal vzpone in padce, na videz nepremostljive ovire in neposredne zaviralne posege oblasti. Toda medicina v Sloveniji je močna in se zna dvigniti tudi iz pepela, tako kot se je po ukinitvi šole s strani avstro-ogrške monarhije in s prenehanjem delovanja fakultete med okupacijo. Prepričan sem, da želje in volje, da bi bili vse boljši in da bi ostajali v svetovnem vrhu, ne manjka. Zdravniki, ki pridejo z naše fakultete in podiplomskih izobraževanj, vključno s specializacijami, so izvrstni strokovnjaki, kar potrjujejo tudi uspehi naših zdravnikov na mednarodnih specialističnih izpitih. Mnogi učitelji naše fakultete so poznani v strokovnih krogih in so vabljeni predavatelji na mednarodnih srečanjih, opravljajo različne strokovne posege kot vabljeni strokovnjaki v najrazvitejših državah in še bi lahko naštevali... Kljub temu smo v družbi mnogokrat nerazumljeni in pogosto tarča senzacionalizma.

Tudi današnji čas za delovanje medicinske fakultete ni najugodnejši, čeprav se družba zaveda njenega pomena in politika ve, da zdravnikov primanjkuje. Recesija v svetu dodaja še svoje. Nesorazmerja v plačnih sistemih so privedla do nerazumljivih razlik, ki jih je težko odpravljati, čeprav smo na nastajajoči problem opozarjali še pred uvedbo reforme plačnega sistema v javnem sektorju. Nastale so številne nedopustne razlike, ki jih bo treba odpraviti.



Prof. dr. Dušan Šuput, dr.med.



Dekanat Medicinske fakultete Ljubljana

Učitelj na medicinski fakulteti, specialist in npr. izredni profesor je pogosto sistemiziran na mesto asistenta, saj je problemsko naravnani pouk, kljub temu, da je splošno priznan kot najzahtevnejša oblika pouka, še vedno obravnavan enako kot najpreprostejše vaje. Tak profesor je lahko uvrščen v bistveno nižji plačni razred kot nekdo, ki ne dosega meril za izvolitev v naziv in ostane samo na strokovnem mestu.

Problem je bil najostreje izražen na strokovnih inštitutih medicinske fakultete, kjer so take anomalije lahko privedle do krivičnih razlik v obsegu celo 20 ali več razredov. Uspeli smo doseči, da je medicinska fakulteta spet spoznana tudi kot nosilka zdravstvene dejavnosti, tako da smo zdravnike – strokovne delavce na strokovnih inštitutih, lahko uvrstili v plačne razrede zdravnikov in tako v veliki meri odpravili našte anomalije. Veseli me, da je bilo z informiranjem in podporo sindikatov možno doseči za štiri razrede višjo uvrstitev asistentov v plačne razrede, kar nekoliko ublaži nesorazmerja, čeprav jih še ne odpravi v celoti. Sistem namreč še vedno ne omogoča, da bi zdravnike v učnih bazah medicinske fakultete ustrezno nagradili, a se s tem ne moremo in ne smemo sprijazniti, zato morajo biti vse dejavnosti še naprej usmerjene v legalno odpravo plačnih nesorazmerij na vseh ravneh. Za to je potrebno tudi sodelovanje učnih baz, ki prejemajo sredstva za izobraževalno dejavnost v enaki, če ne celo večji meri kot sama medicinska fakulteta. V sodelovanju s svetom za izobraževanje na eni od največjih učnih baz smo že nakazali pot vsaj do dela rešitve tega problema, potrebno pa bo še nadaljevati pogovore z ustreznimi inštitucijami in organizacijami.

V tem jubilejnem letu Medicinska fakulteta v Ljubljani vpisuje novince v nov, vsebinsko in organizacijsko prenovljen program študija medicine in dentalne medicine. Že v prvih letnikih bo kar nekaj novosti: učenje večšine spoznavanja, stik z bolnikom in nujna medicinska pomoč v novem simulacijskem centru MF. Zgodnji stik z bolnikom se nadaljuje tudi v drugem letniku in celotna klinika vstopa v zgodnejše obdobje študija. Pri večini teoretskih predmetov v nižjih letnikih je zato poudarek na osnovnih znanjih, medtem ko se specifična teoretska znanja teh predmetov selijo v sklope posameznih organov ali organskih sistemov. S tem študent dobi temeljita osnovna znanja in teoretične podlage nadgrajuje skupaj z medicinskimi temami. S tem dosežemo vse večjo prepletenost teorije in klinike, kar se

bo verjetno odražalo ne le na še večji kakovosti pouka, temveč tudi na vse večjem strokovnem in raziskovalnem sodelovanju med teorijo in prakso. Zadnji letnik bo v celoti posvečen integriranju znanja, saj zdravnik zdravi bolnika in ne le posamezne organe ali organske sisteme. Raziskovalno delo študentov bo možno vključiti med izbirne vsebine, kar bo tudi dobra popotnica za morebiten podiplomski doktorski študij. Največji uspeh pa bomo dosegli, ko nam bo uspelo prevesti razmerje med memoriranjem in razumevanjem v korist slednjega, saj le to zagotavlja, da bo diplomant lahko kasneje kos vsem novostim in problemom na poklicni poti. To pa bo zahtevno tako za učitelje kot za študente.

Prepletenost teorije in prakse bi se morala odraziti tudi na še večjem obsegu in kakovosti objav v uglednih mednarodnih revijah, saj je iz analize publikacij že sedaj razvidno, da najboljše uspehe dosežajo tako »teoretiki« kot »praktiki« ravno z medsebojnim sodelovanjem.

Prvi cilj medicinske fakultete v Ljubljani pa je izobraziti diplomante, ki se bodo po diplomi lahko hitro vključili v delo, svoje temeljno znanje uspešno nadgradili s specializacijami in nato tudi skrbeli za razvoj medicine v Sloveniji. Ta cilj pa bomo dosegli le, če bomo tudi sami skrbeli za odličnost fakultete in za razvoj njenih sodelavcev.

Proslava 90. obletnice Medicinske fakultete v Ljubljani v Linhartovi dvorani Cankarjevega doma je svečan dogodek, ki si ga fakulteta s svojim delovanjem in poslanstvom zasluži. Kljub temu pa ne more izraziti vsega, kar ste k njenemu razvoju prispevali. Zato bi se na koncu rad zahvalil vsem učiteljem, asistentom in drugim sodelavcem Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani za vaš prispevek k ugledu fakultete. Dobre fakultete ne naredijo (le) stavbe, temveč ljudje, ki v njih delujejo. In prav vi ste prispevali k temu, da je medicinska stroka v Sloveniji odlična in da smo se skupaj z Univerzo v Ljubljani uvrstili v svetovni vrh univerz. Ne dvomim, da bomo tam tudi ostali in še napredovali. Dobre se morda da za trenutek zaustaviti, nikoli pa zares ustaviti.

## Podelitev nazivov

## Svetniki in višji svetnik 2009

Ob svetovnem dnevu zdravja, 7. aprila 2009, je minister za zdravje Borut Miklavčič podelil nazive svetnik in višji svetnik. Nazivi označujejo priznanja zdravnikom in drugim strokovnjakom, ki delujejo v slovenskem zdravstvu, za njihov izstopajoč prispevek na strokovnem, pedagoškem in raziskovalnem področju zdravstvene dejavnosti.

Zdravstveni svet je na osnovi poročila Komisije za strokovna napredovanja pri ministrstvu za zdravje ministru predlagal v imenovanje pet kandidatov.

Letošnje nazive svetnik so pridobili:

- **prof. dr. Igor But, dr. med.**, UKC Maribor, Klinika za ginekologijo in perinatologijo, predstojnik Oddelka za splošno ginekologijo in ginekološko urologijo;
- **asist. dr. Maja Rus Makovec, dr. med.**, Psihiatrična klinika Ljubljana, Klinični oddelek za mentalno zdravje, vodja Enote za zdravljenje odvisnosti od alkohola;
- **doc. dr. Jelka Lindič, dr. med.**, UKC Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo, vodja hospitalnega oddelka KO za nefrologijo;
- **prof. dr. Bojan Zalar, spec. klin. psih.**, direktor Psihiatrične klinike Ljubljana.

Podeljen je bil tudi naziv višji svetnik, ki ga je pridobil:

- **prof. dr. Mitja Košnik, dr. med.**, direktor Bolnišnice Golnik – KOPA.

Minister Miklavčič je na slovesnosti poudaril, da so novoimenovani svetniki in višji svetnik s svojim delom obogatili medicinska znanja in strokovno sredino. Pokazali so nekaj novega in dokazali, da novosti znajo deliti z drugimi, da svoje znanje in dosežke znajo prenašati naprej.

Nova imenovanja, ki smo jim priča vsako leto, po ministrovih besedah pomenijo tudi napredek na področju medicine. Napredek medicinske znanosti pa je danes zelo pomemben, tako napredek posameznika kot napredek družbe.

Kot je v svojem nagovoru dejal minister, je v dani situaciji še kako pomembno, da se visoka raven slovenskih strokovnjakov neguje in razvija. »Znanost in medicina sta prepletene tako globoko, da jih nikakor več ne moremo ločevati. Znanost pomeni napredek, ki vodi v ljudem prijaznejši jutri, ko bomo marsikatero danes sicer raziskano, a neozdravljivo bolezen tudi po zaslugi tovrstnih raziskav lahko premagali.«

*Ministrstvo za zdravje*



## Strokovno srečanje

## Zdravstvena informatika in njeni stalni spremljevalci

Rade Iljaž

V Zrečah se je 19. in 20. marca letos na že tradicionalnem spomladanskem strokovnem srečanju ponovno zbralo pomenljivo število slovenskih navdušencev nad medicinsko informatiko. Tokratno srečanje »Procesi, kakovost in varnost – stalni spremljevalci zdravstvene informatike« je bilo še posebej zaznamovano s pričakovani in pripravami na pomembnejše medicinsko-informacijske projekte in premike v slovenskem zdravstvu. EU v svoji strategiji eZdravja nedvomno poudarja pomen zagotavljanja visokih zdravstveno-informacijskih standardov in posledično zahtevo po urejenosti tega področja v vseh državah članicah.

Eden temeljnih ciljev strategije je tudi omogočiti kakovostno uveljavljanje zdravstvenega varstva kjerkoli v EU in zadovoljitev številnih zdravstvenih potreb v sodobnih družbah.

Strokovna vsebina srečanja je bila predstavljena v treh sklopih: Menedžment poslovnih procesov, Kakovost, Informacijska varnost.

Najprej je strategije uspešnega obvladovanja različnih poslovnih procesov v zdravstvu in koncept projektne odličnosti kot pogoja za uspešnost zdravstvenih informacijskih sistemov predstavil g. Semolič z Inštituta za menedžment procesov in tehnologij Fakultete za logistiko v Celju. S predstavitvijo pozitivnih izkušenj z uveljavljanjem procesnega upravljanja je nadaljevala ga. Krivec iz Službe za strateški razvoj Vzajemne zdravstvene zavarovalnice. Mag. Guštin nam je razložil koncept uveljavljanja poslovnih procesov na strateški, operativni in izvedbeni ravni v procesno usmerjeni

bolnišnici, g. Rusimovič pa približal nove pristope za zagotavljanje uspešnosti in učinkovitosti organizacije.

Drugi sklop srečanja na temo kakovosti je z obsežnim pregledom stanja na tem področju v slovenskem zdravstvu odprl prim. Remškar, direktor direktorata za zdravstveno varstvo pri ministrstvu za zdravje. Še enkrat je poudaril pomen odgovorov na šest ključnih vprašanj za upravljanje s kakovostjo: 1. Kaj spremeniti? 2. Kako narediti spremembe? 3. Kdo naj spremembe naredi? 4. Zakaj so spremembe nujne? 5. Koliko virov potrebujemo? 6. Kdaj narediti spremembe?

G. Klauta (Tangram) in ga. Simčič (ministrstvo za zdravje) sta podrobno predstavila pogoje in načela za uspešno uvajanje sistemov vodenja kakovosti in varnosti pacientov v zdravstvenih organizacijah. V nadaljevanju je, kot primer simulacije kakovosti procesov v zdravstvu, prikazana aplikacija hitro delujočih zdravil s pomočjo posebnih računalniških sistemov.

Mag. Cugelj (Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo – Soča) je povezal procesni pristop in zagotavljanje celovite kakovosti skozi natančen in nazoren prikaz prenove številnih delovnih procesov v osrednji slovenski inštituciji za rehabilitacijo. Sklop je zaključila predstavitev učinkovite izrabe delovnega časa na operacijskem bloku SB Novo mesto s pomočjo procesnega pristopa.

Zaključku prvega delovnega dne je sledila volilna skupščina Slovenskega društva za medicinsko informatiko (SDMI). Prisotni člani smo dr. Ivanu Erženu enoglasno zaupali nov štiriletni mandat.

Drugi delovni dan srečanja se je začel s predstavitvijo rezultatov študije izvedljivosti projekta eZdravje. Gre za najpomembnejši letošnji dogodek na področju eZdravja, v katerega je bilo vključenih več kot 30 slovenskih ekspertov s področja medicinske informatike in iz vseh pomembnejših zdravstvenih ustanov in organizacij. V treh končnih izdelkih študije – Predinvesticijski zasnovi, Akcijskem načrtu in Investicijskem programu s študijo izvedbe – so zapisana ključna izhodišča za najpomembnejši in najboljše projekt v slovenskem zdravstvu v naslednjih letih, morda celo desetletju, ki bo v precejšnjem delu financiran iz evropskih strukturnih skladov.

Izhodišča za vzpostavitev nacionalnega zdravstvenega informacijskega sistema (eZIS) z njegovimi tremi ključnimi sestavinami smo predstavili:

- zasnovano in načrt za vzpostavitev enovitega zdravstvenega omrežja zNET – g. Jauk z Ministrstva za javno upravo,
- bistvene lastnosti nacionalnega elektronskega zapisa (EZZ) ter ključne sestavine za vzpostavitev in razvoj EZZ – asist. Iljaž s Katedre za družinsko medicino v Ljubljani,
- vsebino in terminski načrt za nastanek in razvoj nacionalnega zdravstvenega portala (zVEM) g. Meglič, direktor Centra za sodobne izzive v Ljubljani.

Sklop o informacijski varnosti je postregel tudi z aktualnimi in zanimivimi predstavitvami najbolj pogostih težav, povezanih z zagotavljanjem varnosti v zdravstvenih organizacijah in zavarovalnicah ter pri izmenjavi



# I. mednarodni kongres izvedencev Slovenije

*Života Lovrenov*

medicinskih podatkov med izvajalci zdravstvenih storitev in tudi drugimi deležniki v zdravstvenem sistemu.

V pestrih razpravah, ki so sledile vsakemu sklopu, je izoblikovano nekaj bistvenih skupnih stališč (1):

- Menedžment poslovnih procesov (MPP) predstavlja učinkovit način vodenja poslovanja in mora biti voden s strani najvišjega vodstva in vključen v razvojne cilje zdravstvene organizacije.
- Za vpeljevanje celovite kakovosti je nedvomno potreben procesni pristop, kar pomeni jasno opredelitev procesov, nosilcev odgovornosti, aktivnosti, ki so za to potrebne, in dokumentacijo, ki te procese podpira.
- Zdravstvene organizacije potrebujejo pri zagotavljanju zelene ravni informacijske varnosti podporo, saj se srečujejo s pomanjkanjem podpore vodstva ter kadrovske in finančno podhranjenostjo.

Enoten povzetek vseh uradnih in neformalnih razprav ob kavici, kosilu in slavnostni večerji bi lahko strnili v en sam stavek, na las podoben tistemu izpred enega leta: »Slovensko zdravstvo se sooča z velikanskimi izzivi, na katere ne bo možno najti zadovoljivih odgovorov brez podpore sodobnih informacijskih rešitev.«

**Vir:**

1. [http://www.sdmi.si/index.php?option=com\\_content&task=view&id=101](http://www.sdmi.si/index.php?option=com_content&task=view&id=101)

V hotelu Habakuk v Mariboru se je od 16. do 18. aprila 2009 odvijal prvi mednarodni kongres izvedencev v Republiki Sloveniji. Kongres sta organizirala Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije in Zavod za varstvo pri delu. Vodilna tema kongresa je bila ocena invalidnosti zavarovanih oseb z bolezenskim stanjem s področja ortopedije. Poleg tega so bili predstavljeni sistemi zavarovanja in način ocenjevanja invalidnosti v nekaterih državah EU in izven nje.

Posebno pozornost je pritegnilo tudi delo v eni od popoldanskih sekcij, ki je obravnavala problematiko varstva pri delu v luči ocene invalidnosti. Zadnji dan kongresa so bile predstavljene proste teme. Na prvi mednarodni kongres izvedencev se je prijavilo nekaj več kot 370 udeležencev iz domovine in tujine. Na kongresu je s svojimi prispevki aktivno sodelovalo 46 predavateljev različnih strok iz Slovenije in tujine. Uradna jezika sta bila slovenščina in angleščina, zato je bilo vseskozi zagotovljeno simultano prevajanje.

Po pozdravnih nagovorih predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice, Zbornice varnosti in zdravja pri delu in župana mesta Maribor, gospoda Kanglerja, se je pričelo delo kongresa z uvodnim predavanjem generalnega direktorja Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, gospoda Papeža, ki je orisal vlogo in organizacijo pokojninskega in invalidskega zavarovanja v Republiki Sloveniji. V nadaljevanju je mag. Premik, direktor Sektorja za izvedenstvo ZPIZ, udeležence kongresa seznanil z organizacijo

sektorja za izvedenstvo in s postopkom invalidizacije. Po krajšem premoru so predstavniki Češke, Nemčije in Francije s svojimi predavanji pritegnili pozornost in veliko zanimanje udeležencev. V popoldanskem času se je nadaljeval prikaz sistemov zavarovanja in ocene invalidnosti v Federaciji BiH, na Hrvaškem in na Nizozemskem. Pozornost slušateljev je posebej pritegnila gospa Pozderac, vodja oddelka za izobraževanje in raziskovalna dela pri Inštitutu za medicinsko izvedenstvo Sarajevo, s predstavitevjo dela tega inštituta. Prvi dan se je zaključil s prikazom sistema zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji, ki ga je podala gospa Blažič.

Drugi dan kongresa se je pričel z zanimivim uvodnim predavanjem prof. Antoliča, ki je predstavil nekaj strokovnih nejasnosti pri ocenjevanju invalidnosti in obenem tudi podal smernice za njihovo rešitev. Poslušalcem in ostalim predavateljem je ponudil v razmislek prenekatero izhodišče za strokovno delo pri ocenjevanju invalidnosti. Sledila so predavanja s področja ortopedije in fizioterapije s poudarkom na oceni invalidnosti. Predavanja so bila na visoki strokovni ravni, tako da so slušatelji pridobili dodatna znanja, ki jih bodo lahko uporabili pri svojem nadaljnjem delu. V popoldanskem času je kongres potekal v dveh sekcijah. V eni od teh so se nadaljevale teme s področja ortopedije in fizioterapije. Druga sekcija pa je obsegala teme s področja dela specialistov medicine dela, prometa in športa in strokovnjakov s področja varstva pri delu in delovne zakonodaje. Največ polemik je bilo glede vloge pooblaščenega zdravnika v delovni organizaciji in njegovega



Predsednik strokovnega odbora kongresa Života Lovrenov, dr. med.



Člani organizacijskega in strokovnega odbora. V prvi vrsti z leve v desno: predsednik organizacijskega odbora Marijan Papež, namestnik predsednika org. odbora mag. Dean Premik, članica strokovnega odbora prim. mag. Breda Jesenšek Papež, vodja strokovnega odbora Života Lovrenov, dr. med., član strokovnega odbora prof. dr. Vane Antolič. V drugi vrsti z leve proti desni član organizacijskega odbora Boris Gačnik, član strokovnega odbora Boris Kramžar, dr. med., predstavnik Domusa Marko Stijepić in član organizacijskega odbora Miran Kalčič.

sodelovanja pri ustvarjanju delovne dokumentacije ter glede njegove prisotnosti na senatu invalidske komisije v vlogi pooblaščenca delodajalca. V popoldanskem delu sekcije z ortopedsko problematiko pri oceni invalidnosti je bil poseben poudarek na tem, da je pri oceni invalidnosti bistven opis funkcijskega statusa zavarovane osebe in da morajo biti meritve gibov v sklepkih navedene v stopinjah, ne pa podane opisno.

Tretji dan je bil posvečen prostim temam, med katerimi je veliko pozornost pritegnilo predavanje prof. Bilbana o poklicnem vzniku in invalidnosti. Zaradi nazorno podanega predavanja bo verjetno velika večina slušateljev bogatejša za koristne informacije, ki so pomembne pri njihovem delu. Tudi ostala predavanja zadnjega dne so bila zelo zanimiva, tako da je bila kongresna dvorana do konca polno zasedena.

Zaključki kongresa so strnjeni v štirinajstih točkah, ki jih je podal predsednik strokovnega odbora kongresa, g. Lovrenov. V zaključkih je poudarjena potreba po organizacijski in vsebinski posodobitvi dela izvedencev v Republiki Sloveniji. Obenem je izpostavljena potreba po tesnejšem sodelovanju izvedencev različnih organizacij in poenotenju postopkov začasne in trajne zmožnosti za delo. Poseben poudarek je namenjen izobraževanju izvedencev tudi v obliki podiplomskega študija. Vsi udeleženci kongresa ugotavljamo, da je zamisel o kongresu, na katerem sodelujejo vsi akterji v procesu ugotavljanja invalidnosti (od napotitve do sodnega epiloga), pravilna in da jo je treba nadaljevati.

Kongres so v večernih urah popestrili bogata kulinarika in glasbeni dogodki, ki so poživili strokovno bogate dneve kongresa.

Na koncu je organizacijski in strokovni odbor kongresa napovedal drugi mednarodni kongres izvedencev Slovenije, ki bo potekal leta 2011, njegova vodilna tema pa bo s področja kardiologije.

## Zdravstvena blagajna

»Stroški poslovanja  
ZZZS v letu 2009«

Damjan Kos

V prispevku z zgornjim naslovom (Isis, maj 2009, 29. stran) je bil objavljen komentar, ki vsebuje številne netočne podatke, ter povzetek Finančnega načrta ZZZS za leto 2009, ki pa ni relevanten, saj je v postopku sprejemanja oz. uveljavitve že njegov rebalans. Zaradi spoštovanja načel po objektivnem in celovitem informiranju zato posredujemo pravilne podatke in dodatna dejstva.

Upravni odbor ZZZS je 22. aprila 2009 sprejel Rebalans finančnega načrta ZZZS za leto 2009 in ga posredoval v obravnavo in sprejem na sejo Skupščine ZZZS, ki je potekala dne 12. maja 2009. Glede na to je objava povzetka Finančnega načrta ZZZS za leto 2009, ki je bil sprejet že 10. decembra 2008, v zgoraj citiranem prispevku neprimerna in zavajajoča. Tako ne drži, da bodo znašali odhodki za službo ZZZS v letu 2009 57 milijonov evrov, temveč so skladno z omenjenim rebalansom načrtovani v višini 50.064.032 evrov. Vsi izdatki za plače in drugi izdatki 922 redno zaposlenih na ZZZS ter še dodatno 29 zaposlenih delavcev za določen čas zaradi nadomeščanja odsotnih delavcev (število zaposlenih je preračunano na polni delovni čas) so v letu 2009 z rebalansom načrtovani v višini 27.606.683 evrov, kar je v primerjavi z letom 2008 za 11,2 odstotka več in torej ne 15,75 odstotka več, kot je bilo zapisano v prispevku.

Pri tem velja poudariti, da je omenjeno povišanje v največji meri posledica uveljavitve novega plačnega sistema v javnem sektorju, ki velja tudi za delavce ZZZS in na katero zato vodstvo ZZZS ni imelo vpliva, saj je bila uveljavitev dogovorjena med Vlado RS in reprezentativnimi sindikati. Še posebej pa je napačen in zavajajoč podatek, da znaša povprečna bruto mesečna plača delavca ZZZS kar 4917 evrov, saj je ta podatek očitno izračunan povsem na pamet in kar za 2,6-krat presega dejansko povprečno mesečno bruto plačo delavca ZZZS, izplačano v letu 2009 (1894 evrov). Tudi podatki o številu zaposlenih delavcev v ZZZS kažejo večletni trend nenehnega upadanja. Tako smo v ZZZS v preteklih treh letih, v obdobju od leta 2005 do 2008, vse potrebe po dodatnih zaposlitvah zagotavljali s prestrukturiranjem kadrov in z notranjimi kadrovskimi prerazporeditvami. Število zaposlenih se je od konca leta 2005 zmanjšalo za 11, z 933 na 922 (glej tabelo), kljub novim nalogam in povečanemu obsegu dela:

Leto	Št. zaposlenih v ZZZS na dan 31.12.
2005	933
2006	929
2007	922
2008	922

Glede na zaostrene pogoje finančnega poslovanja ZZZS tudi v letu 2009 ne načrtuje dodatnih zaposlitev. Zaradi zaostrenih pogojev poslovanja ZZZS namreč izkazuje ZZZS v okviru sprejemanja varčevalnih ukrepov še posebno skrb in varčnost tudi pri realizaciji in načrtovanju odhodkov za delovanje svoje službe. Tako smo že v letu 2008, ko smo šele zaznavali razsežnosti gospodarske recesije, realizirali za 1.176.574 evrov manj odhodkov za delovanje službe ZZZS, kot je bilo načrtovano s finančnim načrtom ZZZS. V letu 2009 pa načrtujemo z rebalansom finančnega načrta prvotno načrtovane odhodke za delovanje službe ZZZS zmanjšati skupno za 7.176.752 evrov, kar pomeni 12,5-odstotno znižanje. Na tej podlagi bo delež sredstev, ki jih ZZZS porabi za svoje poslovanje v strukturi vseh svojih odhodkov, postal najnižji v zgodovini ZZZS, saj bo znašal le 2,14 odstotka in je med najnižjimi med evropsko primerljivimi zavarovalnicami tega tipa.

Primerjava s sorodnimi organizacijami v državah EU kaže, da le-te porabijo tudi do 2,7-krat večji delež teh sredstev! Po naši oceni to ne predstavlja primerjalne prednosti, temveč dokazuje izjemno zaskrbljujoč trend, ki v zadnjih devetih letih vodi v vedno večjo zlasti kadrovske in tudi finančno podhranjenost strokovne službe ZZZS ob sočasnem sprejemanju vedno novih in zahtevnejših nalog, ki mu jih nalaga tako država kot tudi skrb organov upravljanja ZZZS in strokovne službe ZZZS za nadaljnji razvoj sistema zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji. Skladno s tem trendom ZZZS ocenjuje, da ni možno več dopustiti nadaljnjega zniževanja števila zaposlenih brez resnih posledic, zato ocenjuje, da je treba zapolniti obstoječe kadrovske vrzeli zlasti na področjih, ki so pomembna z vidika prizadevanj za bolj kakovostno in racionalno izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- za potrebe uvajanja sodobnega elektronskega (on-line) poslovanja v zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter za izvajanje projekta E-VEM (elektronska prijava samostojnih podjetnikov, d.o.o.-jev in drugih pravnih oseb v zavarovanje);

- za uveljavitev sistema spremljanja in ocenjevanja učinkovitosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih programov;
- za nadgradnjo sistema laičnega nadzora nad ravnanjem zavarovancev v časučasne zadržanosti od dela, kar bo prispevalo k boljšemu spoštovanju danih navodil in s tem k večanju zavesti o solidarnosti med bolnimi in zdravimi; v letu 2008 je laična kontrola ZZZS evidentirala več kot 10 odstotkov kršitev na tem področju;
- za izvajanje povečanega obsega dela iz naslova vključitve Slovenije v EU in uveljavitve Sporazuma o socialni varnosti med Republiko Slovenijo in Republiko Bosno in Hercegovino, Republiko Srbijo ter Republiko Črna gora (skupaj 11.877 upravičencev po sporazumih);
- za izvajanje novih nalog, ki so bile ZZZS naložene s spremembo zakonodaje.

Zgolj za primerjavo – obratovalni stroški vseh treh pristo- voljnih zdravstvenih zavarovalnic v Sloveniji so bili v letu 2008 za 8 milijonov evrov večji od odhodkov za delovanje službe ZZZS, čeprav v veliki večini izvajajo zavarovanje doplačil za zdravstvene storitve, ki jih ZZZS v celoti ne krije.

V zvezi z zgoraj citiranim prispevkom je zaskrbljujoče tudi dejstvo, da je edine konkretne ukrepe, ki poskušajo zagotoviti dolgoročno finančno vzdržnost sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi negativnega vpliva skoraj 40-odstotnega dviga mase plač v zdravstvu (dodatnih 321 milijonov evrov letno, kar je v absolutnem znesku 10

milijonov več kot znašajo vsi načrtovani odhodki ZZZS za vsa zdravila na recept v letu 2009!) in gospodarske recesije, trenutno v državi predlagal in sprejel zgolj ZZZS, deloma in posredno pa tudi Vlada RS, ne pa tudi ostali partnerji v zdravstvu, čeprav so nekateri tekom pogajanj o dvigu plač v zdravstvu javno navajali, da v zdravstvenem sistemu obstaja od 10 do 20 odstotkov rezerv oz. prihrankov, ki omogočajo dvig plač v zdravstvu, ne da bi bila ogrožena dolgoročna finančna vzdržnost obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Trenutna neaktivnost in nepripravljenost nekaterih partnerjev v zdravstvu za sprejemanje potrebnih ukrepov za zagotavljanje dolgoročne finančne vzdržnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko vodi tudi v obnovitev pogajanj o dvigu plač v zdravstvu, v zvezi s čimer je Upravni odbor ZZZS ob sprejemu rebalansa finančnega načrta ZZZS za leto 2009 že sprejel tudi pobudo in jo naslovil na podpisnike kolektivnih pogodb za zdravstvo (Vlada RS oz. pristojna resorna ministrstva ter reprezentativni sindikati v zdravstvu), in sicer, da se pogajanja o dvigu plač v zdravstvu obnovijo tako, da bo njihov dvig takšen, da bo zagotovil finančno vzdržnost sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Glede na navedena dejstva zavračamo v citiranem prispevku neresnično, neobjektivno in necelovito poročanje o poslovanju ZZZS ter ga označujemo kot neutemeljen poskus diskreditacije.

*Damjan Kos*  
Sektor za informiranje in odnose z javnostmi  
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije





# Socialni marketing v zdravstvu

Damjana Pondelek

Socialni marketing je načrtovani proces vplivanja na družbene spremembe, temelj, na katerega se opira različni programi za spreminjanje najtežje spremenljivih načinov vedenja, zlasti na področju javnega zdravja. Nekdanja skepsa ob misli na kakršenkoli marketing v zdravstvu, ki se ga je laično napačno enačilo kar s prodajo ali oglaševanjem, se tako počasi umika prizadevanjem zdravstvenih ustanov, da bi se čim bolj učinkovito približale potrebam družbe in uporabnikov zdravstvenih storitev. Pri čemer je socialni marketing lahko v dragoceno pomoč.

Socialni marketing v zdravstvo pri naša uporabo posameznih segmentov marketinških tehnik s ciljem osveščanja in izobraževanja uporabnikov zdravstvenih storitev in vplivanja na njihovo znanje, ravnanje, odzivanje. Tako želimo s promocijo zdravja izboljšati kakovost njihovega lastnega življenja, posledično pa vplivamo tudi na potrebne družbene spremembe. Prav zato je lahko socialni marketing učinkovita podpora delovanju nevladnih organizacij, še zlasti zdravstvenih ustanov, ki delujejo znotraj javne zdravstvene mreže. Socialni marketing je lahko še posebej učinkovita podpora programom javnega zdravja (npr. aids/HIV, kajenje, zdravo prehranjevanje, prepovedane droge, duševno zdravje, rakave bolezni, nalezljive bolezni, programi cepljenj...)

## ?

### Kaj je socialni marketing?

V zadnjih desetletjih je postal socialni marketing samostojna disciplina, ki izhaja iz predpostavke, da je družbene spremembe mogoče doseči le s poglobljenim razumevanjem potreb, zahtev in percepcij ciljnega občinstva

ob skrbnem načrtovanju strategij in njihovi učinkoviti izvedbi.

## ?

### Kako se socialni marketing razlikuje od »klasičnega« marketinga?

Andreasen, ki sodi med vodilne strokovnjake socialnega marketinga, slednjega definira kot uporabo marketinških tehnologij pri analizah, načrtovanju, izvajanju in ocenjevanju programov, ki so namenjeni spodbujanju prostovoljnega vedenja ključnih javnosti za izboljšanje kakovosti njihovega lastnega življenja in življenja celotne družbe. Socialni marketing je torej usmerjen h koristim širše družbe in uporabnikov, ki imajo v socialnomarketinškem pristopu središčno vlogo – intenzivno se sprašuje, kaj uporabniki želijo in potrebujejo, in ne o tem, kaj jim lahko »prodamo«.

## ?

### Potrebe uporabnikov zdravstvenih storitev – jih poznamo?

S socialnim marketingom si v zdravstvu v osnovi prizadevamo za promocijo zdravja; za dobrobit državljanov, uporabnikov zdravstvenih storitev in s tem celotne družbe. V tem primeru moramo seveda zelo dobro vedeti, kakšne so aktualne družbene in individualne potrebe – torej ne gre brez strateškega načrtovanja, tržnega raziskovanja, segmentiranja ključnih javnosti, premišljenega oblikovanja ključnih sporočil, prizadevanj za učinkovito implementacijo in ne nazadnje ocene zastavljenih ciljev. Potrebujemo torej širok nabor konceptov in tehnik, ki so znotraj socialnega marketinga že dodobra preizkušene. Raziskava *Znanje, spretnosti in izkušnje na področju komuniciranja vsebin zdravega življenja* (Kamin in sodelavci, 2003)

sicer kaže, da se ti koncepti in tehnike pri načrtovanju in izpeljavi programov promocije zdravja v Sloveniji redko uporabljajo v zadostni meri – pogosto umanjajo tržno raziskovanje, segmentiranje uporabnikov in merjenje rezultatov komuniciranja.

## Socialnomarketinško strateško načrtovanje

### ! Analiza okolja

Prvi korak v socialnomarketinškem strateškem načrtovanju je analiza okolja, v katerem oblikujemo in kjer želimo izpeljati socialnomarketinški program. V tem delu opredelimo bistvo programa in njegov namen ter izberemo najustreznejšo obliko obravnave.

### ! Izbira ključnih javnosti oz. ciljnih občinstev

Izbira ključnih skupin, znotraj katerih želimo doseči spremembe, je med najpomembnejšimi odločitvami socialnomarketinškega programa. Vsako izmed izbranih ključnih javnosti je treba nagovoriti v njihovem jeziku, upoštevajoč njihove specifične potrebe, želje in vedenje, ter izbrati ustrezno strategijo, pristop in sporočila. Zaradi pomanjkanja sredstev in časa se socialnomarketinški programi navadno osredotočajo le na eno ali dve ključni javnosti, navadno na tisti del populacije, ki je spremembi vedenja, ki jo želimo doseči, najbolj naklonjen oz. je mogoče računati na najboljše rezultate. Ne glede na časovno in finančno stisko pa ne smemo pozabiti dela energije usmeriti na politične odločevalce in druge mnenjske voditelje, ki lahko pomembno pripomorejo k temu, da bodo promovirane spremembe vedenja zaživele na družbeni ravni.



## ! Določitev ciljev in nalog

Cilj socialnomarketinškega programa je sprememba vedenja ciljnega občinstva, ki jo želimo doseči ob zaključku (npr. doseči 15-odstotno cepljenje proti gripi v celotni populaciji). Naloga oz. naloge programa pa so posamične akcije ali dosežki znotraj celotnega načrta (npr. doseči 10-odstotno cepljenje proti gripi pri otrocih, mlajših od treh let).

## ! Analiza ključne javnosti in konkurence

Raziskati je treba trenutno vedenje, znanje, prepričanja in stališča ciljnega občinstva v odnosu do zastavljenih ciljev oz. nalog in konkurenčna vedenja ter z njimi povezane koristi (npr. zakaj se bodo uporabniki morda raje odločili za nadaljevanje kajenja, neustreznega prehranjevanja ipd.). Odgovoriti moramo na naslednja vprašanja: kakšne koristi in stroške vidi ciljno občinstvo v obstoječem vedenju ter v novem, promoviranem vedenju, kakšno znanje ima občinstvo o novem/promoviranem vedenju in kakšna so njihova stališča ter vrednote, ki so vezani na promovirano vedenje.

## ! Razvoj socialnomarketinških strategij

V tem koraku sprejmemo odločitev, kako zeleno vedenje ponuditi ciljnemu občinstvu, da ga bo to sprejelo. (Npr. kako učinkovito prepričati posameznike znotraj ciljnih skupin, da se bodo odzvali vabilu na **presejalni test** za odkrivanje predrakavih sprememb). Pri tem upoštevamo zeleno oz. ponujeno vedenje in z njim povezane koristi, strošek, ki ga ciljno občinstvo povezuje s sprejemom ponujenega vedenja, kje in kdaj bo ciljno občinstvo izvajalo ponujeno vedenje (npr. pomoč oz. ponudba na domu, mobilne ambulante ipd.), načini komuniciranja, da pri ciljnem občinstvu dosežemo ustrezno informiranost, prepričanost o koristi promoviranega vedenja in

sprejetje le-tega; oblikovanje in posredovanje ključnih sporočil.

## ! Oblikovanje načrta za oceno in nadzor

Ocena in nadzor sta nujni sestavini uspešnega socialnomarketinškega programa, saj omogočata natančno izvajanje strateškega načrta in prilagajanje programa okolju med samo kampanjo. Opredelimo, kaj bomo merili, kdaj in kako ter kako bodo rezultati predstavljeni in uporabljeni. V socialnomarketinških programih se najpogosteje srečujemo z meritvami rezultatov in meritvami procesov. Prve merijo specifične rezultate in spremembe, ki jih lahko štejemo kot posledice programa in ki so vezane na cilje (sprememba vedenja, sprememba namena vedenja, sprememba prepričanja, sprememba znanja, odzivnost na elemente kampanje itd.). Druge pa merijo in ocenjujejo izvajanje programskih aktivnosti (širjenje promocijskih materialov, medijska pokritost, doseg in frekvenca medijskih sporočil, skupno število doseženih posameznikov itn.).

## ! Določitev proračuna in pridobitev finančnih virov

Določimo stroške implementacije načrtovanih strategij, pregledamo obstoječa sredstva in po potrebi opredelimo in pridobimo potencialne dodatne vire oz. cilje in strategije prilagodimo obstoječim sredstvom. Preverimo, ali so izbrane rešitve in izvedbe bistvene za uspeh kampanje in ali so konkurenčne ter stroškovno učinkovite.

## ! Oblikovanje in izvedba implementacijskega načrta

Implementacija je zadnji korak socialnomarketinškega procesa in je ravno tako pomembna kot načrtovanje strategije. Da bi to fazo opravili čim bolje, si pomagamo z implementacijskim načrtom. Gre za delovni dokument, s pomočjo katerega vodimo in nadzorujemo načrtovane aktivnosti. V njem natančno opredelimo, kaj bo storjeno,

kdo bo odgovoren za posamezne naloge, kdaj bodo naloge opravljene in koliko bo to stalo.

## ! Čarobne paličice ni, vendar...

Socialni marketing sam po sebi seveda ne more spreminjati okoljskih in družbenih dejavnikov, ki vplivajo na javno zdravje. Toda dobro načrtovane komunikacijske aktivnosti lahko posameznikom pomagajo razumeti njihove lastne potrebe in jih spodbudijo k ustreznim ukrepom za izboljšanje zdravstvenega stanja na individualni ravni, s čimer lahko morda sprožimo tudi potrebne družbene spremembe. Za slednje pa je seveda potreben politični/družbeni konsenz, ki omogoči, da promovirani način vedenja sprejme dovolj veliko število ljudi in ga tudi ohranja. Seveda le v primeru, ko predlagane spremembe vedenja številni posamezniki ocenijo kot koristne in jih sprejmejo za svoje, in ne zato, ker bi tako želeli načrtovalci in snovalci posamične kampanje in njihovi naročniki. Ob tem se moramo zavedati, da družbenih sprememb ni mogoče doseči čez noč in da se bodo morda zgodile šele, ko bo posamičen socialnomarketinški program že zaključen.

### Novice Urednice za učinkovitejšo komuniciranje v zdravstvu

Na brezplačne elektronske Novice Urednice, ki prinašajo učinkovite nasvete s področja odnosov z javnostmi in komunikacijskih strategij v zdravstvu, se lahko naročite na spletni strani [www.urednica.si](http://www.urednica.si).

## Urednica.

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

Potrebujete nasvet?  
[www.urednica.si](http://www.urednica.si) //  
[damjana.pondelek@urednica.si](mailto:damjana.pondelek@urednica.si) //  
 041/773540

## »Naredite tako, kot bi prof. Brinkmann«

Na zdravnike je usmerjeno toliko televizijske pozornosti kot na noben drug poklic. Začelo se je v 70. letih v neki državi vzhodnega bloka. Odtlej se je pojavna slika že spremenila do ekscentrika, imenovanega dr. House. Raziskave že kažejo vpliv fikcije na realnost.

Začelo se je z **Bolnišnico na robu mesta**. Kmalu potem so jo sinhronizirali v nemščino in nastala je nadaljevanka 29 delov. Sledila je **Schwarzwaldklinik** (30 nadaljevanj), **Deželni zdravnik**, **Gorski zdravnik** itn. Dr. Kai Witzel, kirurg in raziskovalec zdravstva, meni, da liki, kot npr. **doktor Stefan Frank - zdravnik, ki mu ženske zaupajo**, ustvarjajo nekakšen mit o junaku. Na tej tvrtvi se potem pri večini gledalcev oblikuje lik zdravnika. »Naredite tako, kot bi naredil prof. Brinkmann,« je neki pacient kar naravnost povedal dr. Witzlu. To je bila tudi pobuda, zaradi katere se je ta kirurg začel ukvarjati z likom televizijskega zdravnika. Tako je dr. Witzel zvedel za resničen, anekdotičen dogodek:

Med vizito je skupina kirurgov prišla do postelje, na kateri je ležala starejša ženska po operaciji zlomljenega vratu stegenice. Med vizito je pacientka glavnega kirurga prišla za roko in zahtevala, naj vsi ostali zapustijo sobo, ker se z zdravnikom hoče pogovoriti o zasebnih zadevah. Kirurga je to kar zbudilo, zato je omenil, da mora med vizito pregledati še druge pacienta. S tem je pacientko užalil tako zelo, da se je pritožila predstojniku.

Utemeljitev: »Doktor Stefan Frank pa bi ji vsekakor prisluhnil!«

Neka raziskava na 162 pacientih je pokazala, da je pacientova predstava o zdravniku odvisna od pogostnosti pacientovega gledanja bolnišniških nadaljevanj. Pacient, ki jih gleda, slabše ocenjuje zdravnikovo delo kot tisti, ki teh nadaljevanj ne gleda. »Blaženi slikovni svet televizije pri mnogih pacientih izzveni v razočaranje o realnem bolnišniškem pogonu,« meni dr. Kai Witzel.

Nasprotje teh nadaljevanj s podeželskimi in gorskimi zdravniki pa so tiste, ki prihajajo iz Združenih držav. Tu ne gre le za čakanje v čakalnici, temveč tudi za smrt ali življenje v šokovni sobi. Vrh tega kaže zasebno življenje zdravništva, ločitve in krize.

Dr. House je pravo nasprotje nemškimi podeželskim in gorskimi zdravnikom: grob do pacientov, zaprt vase in brez občutka. Kljub temu pa dr. Kai Witzel meni, da se trenutno po mitu o zdravniku le nekoliko praska, da pa je poklic zdravnika še vedno ugleden poklic.

Pa tudi nekateri zdravniki bi bili menda najraje takšni, kot jih kažejo televizijske bolnišniške nadaljevanke...

*Vir: Aerzte Steiermark, februar 02, 2009*

*Marjan Kordaš*



# Čakalne liste, korupcija in pravičnost

Matjaž Zwitter

V aprilski številki Izide prof. dr. Janko Kersnik predstavlja primer bolnika, ki ni želel čakati na ortopedsko operacijo in si je operacijo plačal sam. Dr. Kersnik poudarja, da bi bili v primeru čakanja na operacijo stroški za bolniški stalež znatno višji od same operacije in zaključuje, da bi moralo biti v interesu Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, da skrajša ali odpravi čakalne liste.

Razmislek dr. Kersnika seveda stoji, še posebej za aktivne zavarovance. Težje takšen argument uporabimo pri upokojencih, ki najbrž predstavljajo večino bolnikov za nujne ortopedske operacije.

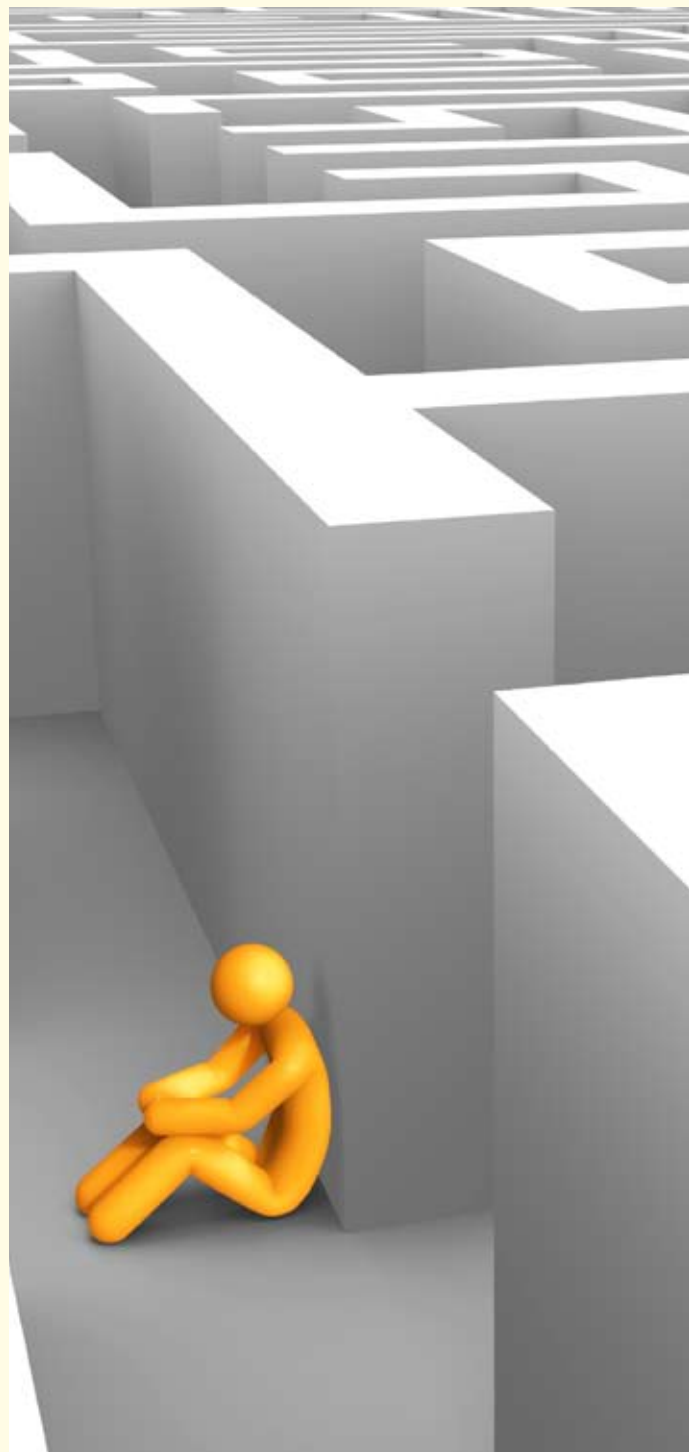
Poleg nerazumnega dodatnega stroška za bolniški stalež moramo ob čakalnih listah za diagnostiko in za zdravljenje omeniti tudi druge zadrege. Čakalne liste so najbrž najpogostejši primer korupcije v našem zdravstvu. Bratov sošolec, mati mojega avtomehnika, znanka ministra za zdravje – za vse te ljudi nas kličejo in nas prosijo za čimhitrejši sprejem na preiskave ali na zdravljenje. Tudi če za uslugo znanca ali prijatelju ne prejmem plačila, je preskakovanje čakalne vrste oblika korupcije. Tolažim se, da gre za dobro delo, pri tem pa pozabljam, da bodo bolniki brez poznanstva čakali dlje. Kršim etično načelo pravičnosti, in to prav do najbolj ranljivih: do ljudi z obrobja družbe in s spodnje polovice na socialni lestevici, ki nimajo znanec med zdravniki ali na pomembnih položajih.

Kakšna je pot iz te zadrege? Najlepše bi bilo, da bi čakalne liste preprosto odpravili in bi vsem zavarovancem ponudili preiskave in zdravljenje brez čakanja. To bi moralo biti izvedljivo za bolnike s sumom hude bolezni, ki se lahko s čakanjem bistveno poslabša. Za bolnike s kroničnimi obolenji, kakršne so na primer ortopedske težave, pa pri vedno starejši populaciji najbrž

ne moremo mimo finančnih omejitev zavarovalnice in s tem povezanega čakanja. Čakalne liste za nujne posege so realnost, ki se ji ne moremo ogniti, zato jih je treba urediti tako, da ne bomo spodbujali korupcije ali povzročali novih krivic.

Bolnik s kronično boleznijo, ki so ga postavili na čakalno listo, ima v praksi tri možnosti. Prva je, da pohlevno čaka in trpi, si z analgetiki uničuje želodec in sprejme, da bo leto dni živel slabše, kot bi lahko, če bi mu težavo takoj odpravili. Druga možnost je, da poišče znanca in preko njega doseže, da bo sprejet na zdravljenje preko vrste, kar pomeni obliko korupcije. Tretja možnost je, da plača zdravljenje sam. Postavimo, da ima 75 let in zaradi obrabe kolka težko hodi. Zaveda se, da lahko leta preostalega dobrega življenja prešteje na prste. Samoplačništvo je torej logična odločitev, vendar je krivično, saj je bolnik redno plačeval prispevke za svoje zdravstveno zavarovanje, ko pa bi potreboval pomoč, njegova zavarovalnica zataji.

In zdaj konkreten predlog za primere, ko čakalna lista ni nastala zaradi ozkega grla v izvedbi diagnostike ali zdravljenja, pač pa je posledica finančnih omejitev. Zagotoviti moramo, da bodo čakalne liste pod neodvisno kontrolo, ki bo dopuščala preskok le za vnaprej dogovorjene izjemne nujne indikacije, ne pa seveda za izjemne bolnike. Bolnik, ki želi preko vrste, naj si preiskavo ali zdravljenje plača sam, nato pa mu zavarovalnica povrne denar (brez obresti) tedaj, ko bi po rednem razporedu prišel na vrsto. Na ta način odpravimo korupcijo s preskakovanjem preko vrste in ne delamo krivic zavarovancem, ki želijo sami prispevati h kakovosti svojega življenja.



# Še o slovenskih zdravnicah

Miroslava Cajnkarc Kac

Pomlad je tak čas, ko se vse prebuja, narava zadiši po svežem, veselem in novem življenju. Neznano hrepenenje v moji duši si vsako pomlad zaželi, da bi poletelo daleč in visoko. V marcu mame in ženske praznujemo kar dvakrat in takrat se o nas celo kaj napiše.

Pred leti sem z bralkami One (priloga Dela) delila nekaj svojih misli o lepoti in teži zdravniškega poklica. Še vedno ne obžalujem, da sem izbrala študij medicine, niti ne obžalujem odločitve za štiriletno specializacijo iz šolske medicine. To je sicer pomenilo dolge mamine (moje) odsotnosti v družini. V času kroženja na Univerzitetni pediatrični kliniki (takrat smo živeli več kot sto sedemdeset kilometrov severovzhodno od Ljubljane) pa so moji trije otroci, stari eno, dve in sedem let, ostajali doma po cele tedne, več kot eno leto, sami z atijem, ki je postal njihova »nadomestna« mama. Mnoge moje stanovske kolegice so izbrale prav tako pot.

Najbrž je zgolj naključje, da je urednica po sedmih letih prav v enajsti številki One (kot takrat moj prispevek) napisala uvodnik, ki se me je močno dotaknil.

Sedem je sicer pravično število, a v poklicu zdravnice o pravljičah že dolgo ni več niti sledu. Ostaja trda resničnost, polna zahtev, jeze, nestrpnosti, nedopustno velikega števila opredeljenih bolnikov (v moji ambulanti zelo blizu trem tisočem, ker je izven večjih središč kronično premalo zdravnikov). Potem so tukaj nerazumno začrtani normativi zavarovalnice (ZZZS), kjer moram za zahtevano število količnikov v enem letu pregledati okrog osem tisoč bolnikov in več. Posebna teža in obveznost so dežurstva.

Tukaj so tudi senzacionalni prispevki medijev, ki v zdravniškem poklicu iščejo in poudarjajo samo in predvsem slabosti. Vse prej, kot pravljičica!

Urednica tudi piše, da na tem svetu nihče ne more delati 32 ur. Prepričana sem, da se moti. V krajih, ki niso ravno veliki centri (in moj je tak), sem poleg svoje ambulante zadolžena tudi za dežurstva. Organizacija take službe, je zelo »zanimiva«. Dežurni dan je obveza 24 ur, pa naj bo to sobota, nedelja ali praznik. Če

pa je tak dan med tednom, to pomeni najprej delo v svoji dopoldanski ambulanti in sočasno oskrbo vseh dogodkov na terenu (to so vsa nujna bolezenska stanja, prometne nezgode, mrliški ogledi, samomori...). Naš teren je geografsko zelo pisan, obsega tudi Pohorje, Uršljo goro, Paški Kozjak in hribe vse do Šoštanja, Vitanja, Dravograda in Raven... Sledi delo popoldne in ponoči. Vedno se dogajajo pestri primeri... Naslednji dan pa me moji bolniki v ambulanti spet pričakujejo: spočito, prijazno, pripravljeno, da jim prisluhnem in pomagam (po že 24 urah dela).

Spoštovano urednico z veseljem povabim, da kakšen tak »32-urni dan« preživi z mano. Zagotavljam ji, da ne bo dolgočasen in morda bo prinesel celo primerno snov za kak drugačen uvodnik.

Pravzaprav sama težko verjamem, da vse to zmorem. In prav nič težko ne verjamem, da se nam zgodijo... in dogajajo... napake, zmote, celo smrti tistih, za katere si želimo, da se nikoli ne bi zgodile!!! Iskreno se bojim, da jih bo še več. Jaz sama sem v dolgih letih svojega poklica nezavirljivo napredovala v fazah razvoja sindroma izgorelosti.

V svojih koledarčkih, kamor skrbno zapisujem tudi dežurstva, sem za obdobje zadnjih sedmih let preštela 160 dežurstev. Od tega je bilo 60 nedelj in praznikov, 30 sobot, ostalo pa dnevi med tednom. Če se še malo poigram s številkami, pomeni to več kot pet mesecev neprekinjenega dela ali skoraj dve leti (natančneje, 21 mesecev) preračunanih dni, če je mesečna obveza za delo 180 ur. Pri tem je zakonodaja tako »zvita«, da se ta čas niti ne prišteva v leta za pokojnino! (Mnogi drugi poklici imajo bonificirano delovno dobo.) Mogoče pa sem se res naučila živeti intenzivnost dveh ali več običajnih življenj? Če še malo računam, dobim številko 3840. Česa? Ur, seveda, preživetih v dežurstvu.

Me, prosim, kdo pomaga spomniti, kaj vse bi v teh urah lahko (ali česa nisem) naredila za svoje otroke, moža, bližnje, zase???

Zato preprosto ne morem sprejeti vse pogo-  
stejših obtožb, da smo zdravniki le korist-  
ljubni lovci na denar in da nam je za bolnike

tako ali tako vseeno. Srčno upam, da so kolegi, ki delajo iz poklica samo in zgolj »biznis«, še vedno le posamezniki. Njihovo ravnanje boli, teži in žali vse nas, ki svoj poklic še vedno živimo in ga jemljemo tudi kot poslanstvo. Res bi bilo prav, da bi odgovorna ministrstva v takih primerih, kot ga navaja urednica v istem uvodniku, stvari čim prej postavila na svoje mesto.

Še en »marčevski« dogodek me teži in teži najbrž vse nas, zdravnice in mame. Poznamo ga in vse si želimo, da ga nikoli, res nikoli ne bi bilo! A ker se je zgodil, v medijih ni konca obtoževanj in vzpodbujanja sovraštva. Vse zdravnice vemo, kolikim otrokom (pa tudi odraslim) smo pomagale v letih svojega dela. Neštivilne noči, prebedele zaradi študija, specializacije, dežurstev... še večkratno presegajo že prej izračunane ure. To je pač poklic zdravnice! Nešteto otrok je šlo skozi naše roke, neštetim smo reševale in tudi rešile življenje. Vem, da je nepopisno boleče za starše, če jim umre otrok. Vem pa tudi, da nobena od nas zdravnic, ki smo prav tako mame, ne zakrivi smrti otroka iz nemarnosti ali brezbriznosti.

Mar smo s silnim obtoževanjem medijev res izgubili ves človeški razum in dostojanstvo? Kot mama resnično sočustvujem s starši, ki so doživeli nenadomestljivo izgubo. Poskušam se vživeti v njihovo bolečino in si zamisliti, kakšno pomoč bi si želela jaz. Gotovo bi bila to pomoč strokovnjakov (kot je psiholog, psihiater, duhovnik...), da bi me vzpodbujali..., da bi se čim bolj posvetila tistemu, kar mi je ostalo... Želela bi si, da bi me vodili iz labirinta črne žalosti. Želela bi si tudi, da bi mediji ne bi kar naprej in na vsakem koraku spominjali na mojo bolečino in me vzpodbujali k jezi, obtoževanju, maščevalnosti in brezupni žalosti... Želele bi si, da iz moje bolečine ne ustvarjajo senzacije... in želela bi si, da bi mi čim prej posijal vsaj žarek svetlobe in upanja...

In želela bi si, da bi bilo moje pisanje čez sedem let lahko polno lepote in veselja!

Pripis: Tak je bil celotni prispevek, preden so ga v uredništvu One skrajšali..., čisto po svoje...

# O etičnem zdravniku

Miloš Židanik

*Moje vprašanje je: ali lahko spoštujemo življenje v bolniku, če ne spoštujemo Življenja nasploh? V vsakem živem bitju? In moja teza: če tega spoštovanja do Življenja nasploh ne premoremo, potrebujemo pravila in etične kodekse. Kot če ne premoremo Ljubezni, potrebujemo deset božjih zapovedi.*

Sestavki o zdravniški etiki praviloma vsebujejo misli, povzete iz etičnih kodeksov in zakonodaje, ter sklenejo, kako se moramo držati teh meja, če hočemo živeti v zavesti, da smo etični pri svojem delu.

Spomnil sem se Jehovove priče, s katerim sem se srečeval med študijem. Rekel mi je, da je Jezus deset božjih zapovedi zamenjal z eno samo – ljubi: če ljubiš, se vseh zapovedi držiš avtomatično.

In zdravniki? Kaj je naša osnovna zapoved?

Spoštovanje življenja. Zato pomoč ranjenim, trpečim zaradi takšnih in drugačnih bolečin, pomoč zbolelim za vsemi mogočimi boleznimi. Zagovarjanje in spoštovanje življenja obenem. Zato etične dileme ob evtanaziji, ki se vlečejo v neskončnost.

Moje vprašanje je: ali lahko spoštujemo življenje v bolniku, če ne spoštujemo Življenja nasploh? V vsakem živem bitju? In moja teza: če tega spoštovanja do Življenja nasploh ne premoremo, potrebujemo pravila in etične kodekse. Kot če ne premoremo Ljubezni, potrebujemo deset božjih zapovedi.

V mislih imam spoštovanje Življenja v živalih. V objektih mesnopredelovalne industrije. Gre za nemočna, občutljiva, trpeča bitja, brez možnosti, da dvignejo glas zase, brez predstavnika v parlamentih in Združenih narodih.

Kakšno zvezo ima to z nami? Kako to zadeva nas?

Koliko smo še ohranili svojo senzibilnost? Koliko smo se zaščitili pred problemi in trpljenjem drugih, s katerimi smo v vsakodnevnem stiku, in si izgradili zid, da ne bi začutili njihovega notranjega sveta? Empatija ima lahko tudi stranske učinke. Kakšni ljudje bi radi bili? Verjamem, da se želimo videti kot empatične, čuteče, etične in odgovorne. Pa smo resnično takšni? Smo takšni, ker imamo *dolžnost* takšne drže do svojih bolnikov, ali pa smo dejansko takšni sami po sebi? Kako lahko to vemo?

V situacijah izven terapevtskega odnosa. In v situacijah izven odnosa z bližnjimi, kjer so odnosi precej pod vplivom preteklih čustvenih doživetij. Svoj odnos lahko preverimo v odnosu do živali. Jih opazimo? Nam je mar, kako se počutijo? Smo jim pripravljeni pomagati, če jih začutimo v stiski? Koliko med nami nas je ustavilo poveženi živali, ki smo jo videli ležati ob cesti v trpljenju? Kakšni smo kot ljudje? Čutimo svojo odgovornost kot ljudje: če smo si vzeli pravico, da sodimo o življenju in smrti drugih živečih bitij na tem planetu, sodi zraven tudi odgovornost za etično ravnanje z njimi. Če te odgovornosti ne vidimo in ne čutimo, koliko je v resnici izvirnega etičnega čuta v nas samih, ki ni določen s konvencijami in zdravstveno zakonodajo?

Želel bi si, da bi si vsak zdravnik ogledal film Kruh naš vsakdanji. Osnovne informacije lahko dobite na spletu na: <http://www.unsertaeglichbrot.at/jart/projects/utb/website.jart>. Če se malo potrudite, lahko pridete do strani, kjer je na voljo celoten film, vendar iz očitnih razlogov teh strani ne morem navajati. Gre za film, ki prikazuje način pridelave hrane v Evropi. Film je šokanten. In z izjemno fotografijo. A ne šokira z ekscesnim odnosom izživljanja posameznikov nad živalmi, temveč z doktrinarnim odnosom mesnopredelovalne industrije, z naučeno

brezčutnostjo in sterilnostjo okolja. Gre za to, da je pomembno, da imamo informacije, v skladu s katerimi živimo sami in v skladu s katerimi svetujemo svojim bolnikom. Bolniki nas vsakodnevno sprašujejo glede splošnih življenjskih napotkov – mene kot psihiatra sprašujejo glede pravilne prehrane, pa si mislim, da toliko prej sprašujejo kolege zdravnike splošne/družinske medicine, interniste in vse ostale. In kaj jim svetujemo? Uživanje hrane v skladu s prehranjevalno piramido, ki smo se je učili na fakulteti. V tej piramidi se nahaja tudi meso. Če svetujemo svojim bolnikom, da uživajo mesno hrano, si ta film moramo ogledati. Tokrat nalašč uporabljam moralni imperativ – »moramo«, ker drugače, takšno je vsaj moje mnenje, bolnikom teh priporočil nismo upravičeni predajati. Če nimamo informacije o načinu pridelave hrane, si jo moramo pridobiti. Verjamem, da je lažje pogledati proč. A tokrat ste vsaj tisti, ki berte ta sestavek, delno informacijo dobili. Kaj boste z njo naredili, pa je stvar Vaše presoje.

Če bo kdo po ogledu filma v dilemi, kaj sedaj, ni problema. Mislim, da vsak ve, kako priti do dodatnih informacij. Če pa ne, se lahko obrne name ([Milos.Zidanik@guest.arnes.si](mailto:Milos.Zidanik@guest.arnes.si)).

Zavedam se, da je ta sestavek poln vprašanj. Spominjam, da so včasih vprašanja pomembnejša kot odgovori. In da življenje postavlja ista vprašanja za vse nas, odgovore na njih pa moramo najti sami.

Pa še to: upam, da vivisekcija in trpinčenje živali v sklopu študija na medicinski fakulteti ne obstajata več, kot sta v času mojega študija. Ker cilj takega izobraževanja ne more biti znanje, ker so rezultati poskusov že davno zapisani v skripti. Morda pa je priučevanje brezčutnosti za trpljenje drugega živega bitja ob nas.

# Morda pa le nismo vsega natančno dorekli?

## 20. zbor zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije na Otočcu

*Tatjana Mlakar*

V petek in soboto, 27. in 28. marca 2009, so se na Otočcu zbrali zasebni zdravniki in zobozdravniki. Program srečanja je bil obsežen, zanimiv in predvsem aktualen. Sodelovala sem tudi sama in bila pri nekaterih temah tudi udeležena v razpravi. Ko sem v naslednjih dneh premlevala vsebino srečanja in pogovorov, pa se mi je vse bolj dozdevalo, da nekatere izpostavljene dileme niso bile dokončno razjasnjene ali pa, da se med sabo nismo prav dobro razumeli. Prav medsebojno razumevanje vseh udeležencev sistema zdravstvenega varstva Slovenije (SZV) pa je ključni pogoj za uspešno in koristno delo in poslanstvo, ki ga imamo vsi skupaj v slovenskem prostoru.

Vse, kar bom v nadaljevanju razgrnila, je zgolj moje osebno mnenje oz. poznavanje SZV. Razmišljala bom poljudno, brez navajanja strokovnih in zakonskih determinant.

Če želimo sprejeti ali ne, globalna kriza, ki nas v popolnosti še niti ni zajela, se bo dotaknila tudi SZV in vseh udeležencev v njem. Prej se bomo tega zavedali, prej bomo stopili skupaj in se identificirali z ukrepi, boljše bo za nas vse. Iskanje krivcev in obtoževanje kogarkoli v tem trenutku ni primeren način za nikogar od nas, ki v SZV živimo in delamo. Trenutno je čas (nekateri ocenjujejo, da zadnji čas), da izkoristimo naše skupne rezerve, znanje in sposobnosti, da sodelujemo in smo objektivni ter se, če je le mogoče, izogibamo kritiki in nerganju takrat, ko ta presega kvaliteto iskanja najboljših poti za doseg učinkovitih ciljev. Da pa bomo v tem duhu lahko delali in bili uspešni ter ustrezno nagrajani, se moramo pogovarjati in se potruditi razumeti drug drugega ter na splošno razumeti delovanje SZV.

Obračunski sistem v zdravstvenem zavarovanju je trenutno takšen, da s pogodbenim obsegom določa obseg storitev, ki so plačane v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ). To konkretno tudi pomeni, da se morebitne opravljene storitve, ki so opravljene

nad pogodbenim obsegom, ne priznajo v obračun iz OZZ (delež iz prostovoljnih zavarovanj je priznan). Model je specifičen, tako kot je specifično zdravstveno varstvo, ki kaže mnogo več potreb po nujenju zdravstvenih storitev, kot je razpoložljivega namenskega vira za plačevanje teh zdravstvenih storitev. Želja splošne javnosti in nas vseh je, da se obseg pravic v okviru zdravstvenih storitev ne znižuje, prej obratno. Tu je začaran krog, ki ga moramo razumeti, ker trenutno še nismo uspeli izumiti modela, ki bi bil enako radodaren sedanjemu, kar zadeva pravice nujenja zdravstvenih storitev, in ki bi povečal malho denarnih sredstev, ki bi te pravice krile.

Boljšega, pravičnejšega, optimalnejšega, kakovostnejšega in učinkovitejšega obračunskega modela zdravstvenih storitev, kritih iz OZZ, in predvsem takšnega, ki bi zadostil finančnim zmožnostim države, potrebam zavarovanih oseb in željam zdravstvenih delavcev, doslej s partnerji v SZV žal še nismo uspeli uskladiti.

Iz omenjenega izhaja, da so nekatere dejavnosti, tudi zobozdravstvo, na t.i. sistemu poročil, kamor zdravstveni delavci evidentirajo opravljene zdravstvene storitve (fizično spremljanje realizacije), Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) pa opravi obdobjne obračune (za kolikor izvajalci zdravstvenih storitev izstavijo tudi obračunske račune), po katerih na letni ravni število plačanih zdravstvenih storitev praviloma ne presega plansko dogovorjenih pogodbenih obsegov vsakega posameznega izvajalca zdravstvenih storitev. Temu posledično vse opravljene zdravstvene storitve nad pogodbenim obsegom praviloma niso obračunane (zanje niso izstavljeni računi) in niso plačane, ko govorimo o deležu OZZ (ostanejo evidenčno na poročilih, ki niso obračunski, ampak le evidenčni dokument).

Zakon o davku na dodano vrednost opredeljuje, da so vse opravljene storitve ali izdelano blago osnova za obračun in temu posledično za davčno obveznost, ko govorimo o sistemu

obračunane realizacije. Enako velja tudi v zdravstvenem sistemu. Kar je obračunano in zaračunano, je plačano in pomeni davčno osnovo, tisto, kar ni zaračunano (presežek opravljenih storitev nad pogodbenim obsegom, ki je evidentiran na poročilih, ki niso računi), pa ne bremeni davčne osnove. Vse zdravstvene storitve, ki so obračunane in je zanje izstavljen račun, so iz OZZ tudi poravnane, neporavnane pa ostajajo evidentirane na poročilih, poročila pa niso obračunski dokumenti.

Vse storitve, opravljene preko pogodbenega obsega z ZZZS, izvajalcem zdravstvenih storitev (tudi zobozdravnikom) poravnajo prostovoljne zavarovalnice v deležu, ki odpade na doplačila (PZZ). Delež PZZ za različne zdravstvene storitve je različen. Konkretno je delež prostovoljnega kritja pri zobnoproptetičnih storitvah kar 75-odstoten. In če je preseganje programa nad pogodbenim obsegom z ZZZS pri zobozdravnikih opravljeno pretežno za zobnoproptetične storitve, je ta presežek programa izvajalcem zobozdravstvenih storitev poravnani s strani prostovoljnih zavarovalnic v višini 75 odstotkov.

O izdajanju računov zavarovanim osebam pa menim, da je nedvoumno potrebno:

- za opravljene samoplačniške storitve izdati pacientu račun, ki je knjigovodski dokument in je osnova za obdavčitev (in tako, kot mi je bilo rečeno, ni neposredno vezan na storitve, ki jih krije ZZZS);
- za opravljene storitve v breme OZZ in PZZ je treba zavarovani osebi izdati informativni račun, ki predstavlja izključno osebno informacijo zavarovani osebi, kolikšna je vrednost zdravstvene storitve, ki ji je bila nudena; informativni račun ni knjigovodski dokument, ni osnova za obdavčitev, ni ga treba posredovati v računovodstvo in razprava o ceni storitve za ta dokument ni najpomembnejša; ta

# Prispevek Tatjane Mlakar – odgovor

*Sabina Markoli*

ista storitev je sestavni del obračunskega računa, ki ga izvajalec zdravstvenih storitev na osnovi obdobjnih obračunov posreduje ZZZS, in računov, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev za delež PZZ posredujejo prostovoljnim zavarovalnicam; oboji so osnova za obdavčitev. Obstajali bodo tudi informativni računi, ki bodo izdani za zdravstvene storitve nad pogodbenim obsegom storitev, ki jih krije OZZ, vendar tudi ti niso osnova za obdavčitev, saj informativni računi, kot sem že omenila, niso knjigovodski dokument.

Informativne račune trenutno že poznamo v bolnišnični dejavnosti.

Prenos storitev iz OZZ med meseci znotraj obračunskega leta bo tudi v bodoče mogoč, kar konkretno pomeni, da bodo tudi z uvedbo novega obračunskega modela v zobozdravstvu izvajalci zdravstvenih storitev – zobozdravniki, morebitni presežek opravljenega programa v obdobju npr. 1-3/09 prenesli v naslednje obračunsko obdobje znotraj leta.

Osebnostno menim, da je raven pravilnosti obračunanih zdravstvenih storitev pri zasebnikih koncesionarjih praviloma zgledna. Dobre stvari je treba pohvaliti. Institut pogodbenih kazni je potreben ne zaradi kaznovanja napak, ki so sestavni del dela in poslovanja vsakega od nas, ampak za ukrepanje pri nepravilnostih, ki se kljub opozorilom konstantno in dolgotrajno ponavljajo in presegajo termin razumevanja pojma napaka.

Zelo dobro razumem izpostavljenost zdravnikov in zobozdravnikov v relaciji do zavarovanih oseb, ki potrebujejo in včasih tudi strogo zahtevajo zdravstvene storitve, ter tudi v tem smislu cenim ta poklic. Razumem težave vas zdravnikov in zobozdravnikov, ki nastajajo ob zahtevah zavarovanih oseb v poklicu, ki ste si ga sicer sami izbrali za vaše poslovno poslanstvo.

Če se bomo znali poslušati, se občasno tudi pohvaliti in ne le grajati, skratka, če bomo sodelovali, bomo bistveno lažje prešli skozi krizo, ker bomo energijo trošili za pomembne in učinkovite naloge. Morda tudi sama česa nisem razumela, a z izmenjavo mnenj in pogledov bomo vsi skupaj lažje obvladovali življenje in delo.

Gospa Mlakar je relativno objektivno povzela dogajanja na Otočcu. Hkrati izražam pozitivne občutke glede pripravljenosti na sodelovanje ter dogovarjanje in samo upam lahko, da se bo to tudi zgodilo in da ne bo prepozno.

Realnost je namreč drugačna.

Spomnimo, da je bil novi model financiranja zobozdravstva sprejet **navkljub** jasnim, enotnim in številnim opozorilom stroke, da predlagani model ni dovolj strokovno premišljen, še več – da gre za izrazito neustrezen ukrep financiranja zobozdravstvenega varstva prebivalcev oz. naših pacientov z nepredvidljivimi posledicami in učinki. Z željo, da skupaj najdemo rešitve, ki ne bodo prizadele kakovosti zobozdravstvenega varstva in zmanjševale dostopnosti državljanov do pravic iz naslova zdravstvenega zavarovanja, smo političnim odločevalcem na vseh ravneh ničkolikokrat predlagali soočenje argumentov in konstruktiven dialog ter jim večkrat poskušali predstaviti pobude za bolj učinkovito in kakovostno zobozdravstveno varstvo.

Zobozdravniška stroka si je mesece prizadevala za dialog z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), ministrstvom in vlado ter tudi javno jasno opozarjala na posledice političnih odločitev, sprejetih v nasprotju s strokovnimi priporočili in opozorili. Vsi izvajalci – zaposleni v javnih zavodih in koncesionarji, smo si bili edini, da je treba z izvajanjem novega načina financiranja zobozdravstvene dejavnosti počakati, dokler se ne izvedejo ustrezne simulacije. Pred začetkom bi bila potrebna tudi epidemiološka analiza stanja zob in ustne votline pri nas. Ne nazadnje pa bi bilo nujno potrebno poenotiti tudi evidence o vpisanih pacientih pri posameznem zobozdravniku, saj se je izkazalo, da ZZZS nima točnih podatkov, četudi bo financiranje naših ambulant odvisno prav od števila opredeljenih pacientov.

Stroke je v zadnjih mesecih storila vse, da bi glede novega modela financiranja v zobozdravstvu prišlo do ustreznega dogovora in razumne rešitve v prid pacientom. Žal je prevladal ekonomski interes ZZZS, breme sprejete politične določitve pa bodo tudi tokrat nosili pacienti – prvi med njimi ravno socialno ranljivejši. Nanje bi morali pomisliti, ko govorimo o krizi. Se morda vprašati, kako se bodo ti ljudje ob zaostrenih gospodarskih pogojih znašli v novem sistemu financiranja zobozdravstva, ki prinaša slabšo kakovost zobozdravstvenega varstva, daljše čakalne



dobe za posameznika in še slabše čase za paciente s težjimi boleznimi. Hkrati novi model financiranja slovenskim zobozdravnikom ne omogoča normalnega dela – od enih zahteva preveč, drugim ne dopušča opravljati dela.

Križa vse pogosteje (p)ostaja zgolj priročen izgovor za takšne in drugačne ukrepe, ki slabšajo položaj izvajalcev (zobo)zdravstvenih storitev in pacientov. Ko ZZZS v svoj finančni načrt 2009 zapiše 15-odstotni dvig plač za svoje zaposlene ali uvede finančno zahteven, a strokovno nepotreben sistem kartic zdravstvenega zavarovanja in profesionalnih kartic, o krizi ni posebnega razmisleka. Vsako sodelovanje in dogovarjanje je zgolj način izkazovanja moči.

Verjamemo, da je navidezna dostopnost do zobozdravstvenih storitev za vse državljane, tudi tiste, ki danes niso opredeljeni, vščen politični cilj. Vendar cilj s pomembno napako. Državljanje prepričuje, da bodo po novem dobili več, v resnici jim prinaša bistveno manj. Zdaj nam zavarovalnica ponuja, da za enak denar poskrbimo za več pacientov – očitno tako, da posamezniku ponudimo manj storitev kot do sedaj. In kdo bo socialno ranljivemu zavarovancu s težko patologijo razložil, da je po novem, zaradi »redistribucije sredstev« ovrednoten le še na 18,15 točke ali 44 EUR? Seveda – izbrani zobozdravnik. Zobozdravnik, ki poskuša za pacienta poskrbeti v družbi, ki za zobozdravstvo namenja le še manj kot štiri odstotke denarja javne zdravstvene blagajne.

In ko smo že pri denarju: jasno je, da mora zobozdravnik kot davčni zavezanec skladno z Zakonom o davku na dodano vrednost izdati račun za vsak promet blaga oziroma storitev, ki ga opravi. Vsako drugačno ravnanje vseh izvajalcev zdravstvene dejavnosti predstavlja kršitev zakona tako za plačnika kot za prejemnika in je podvrženo sankcijam. K izdaji računa pa nismo obvezani zgolj v primeru samoplačniških storitev in doplačil, kot navaja gospa Tatjana Mlakar, pač pa, skladno z zakonodajo in računovodskimi standardi, tudi v vseh primerih, ko je storitev opravljena in v celoti krita iz naslova OZZ in PZZ. Zdravniška zbornica Slovenije sicer meni, da bi bilo smiselno vse izvajalce zdravstvenih storitev izvzeti iz obveznosti izdajanja računov za zdravstvene storitve, ki jih v celoti krije OZZ in PZZ, ter bo to tudi predlagala ministrstvu za finance in ministrstvu za zdravje. Toda dokler takšna odločitev ne bo sprejeta, je treba izdajati račune tudi za storitve iz naslova OZZ in

PZZ. Vsekakor bi bilo dobro, da sodelovanje ZZZS in DURS-a poteka in je konstruktivno tudi pri »nezahtevi« za izdajanje računov za storitve, krite iz OZZ in PZZ, saj je z izdajanjem teh računov problematično poslovanje med izvajalci in ZZZS, hkrati pa to enormno povečuje administracijo, predvsem časovno in tudi finančno – v škodo bolnikov in izvajalcev. Poleg tega bomo posekali polovico slovenskih gozdov za papir, ki bo pogosto končal v košu ali na ulici.

Zato predlagamo, da ZZZS in DURS skupaj sprejmeta odločitev, ki bo izvajalcem zdravstvene dejavnosti omogočala relativno nemoteno izvajanje svoje osnovne dejavnosti – zdravljenja državljanov in državljanek. Vsekakor se pridružujemo pobudi za sodelovanje in dogovarjanje, da v teh kriznih časih vsaj zadržimo raven zdravstvenega varstva, vendar naj ne ostane samo pri besedah. Zaskrbljeni smo lahko, ker se v zadnjem času sprejemajo varčevalni ukrepi v zdravstvu brez sodelovanja izvajalcev oz. se izvajalce dodatno obremenjuje in od njih zahteva vedno več dela za vedno manj denarja. Vsaj za zobozdravstveno dejavnost, financirano iz javnih sredstev, lahko trdim, da smo že pod spodnjo mejo.

Ponovno bom zapisala, da rezerve v zdravstvenem sistemu obstajajo – gradbeniki, farmacevtska industrija in prodaja zdravil, prodajalci aparatov in materialov, zavarovalnice za dopolnilno zdravstveno zavarovanje, računalniški programerji... Dovolj zgovoren primer, kdo v resnici kuje dobičke iz javnega zdravstvenega denarja, bi lahko bila zadnja zahteva ZZZS glede On-line sistema in novih čitalnikov.

Najslabše od javnih sredstev, namenjenih za zdravstvo, živimo bolniki in neposredni izvajalci zdravstvene dejavnosti.

Slavna preteklost – k naslovnici revije

# Dr. Šimen Pertot (1845–1907), začetnik kromatografije

Ivan Pintar

Priredila Zvonka Zupanič Slavec



Dr. Šimon Pertot  
(1845–1907)

Risba dr. Šimna Pertota, delo tržaškega zobozdravnika in akvarelista dr. Roberta Hlavatija.

## Iz Pertotove biografije

Prosektor v tržaški mestni bolnišnici, dr. Šimen Pertot, se je rodil 24. oktobra 1845 v Barkovljah, takrat še skromni vasi »pri Sv. Jerneju na morju«. Umril je 14. septembra 1907 v Trstu. Oče je bil posestnik in gradbeni podjetnik, ki je med drugim zgradil tudi luki v Barkovljah in Čedasu. Sin Šimen je maturiral leta 1865. Medicino je študiral v Gradcu, kjer se je vzdrževal sam z inštrukcijami. Promoviral je leta 1871. Na tamkajšnjem patološko-anatomskem inštitutu je postal nanj pozoren prof. Herschel, pod čigar vodstvom se je specializiral za patološkega anatoma. Herschel ga je vzel za demonstratorja in pozneje za asistenta. Hotel ga je habilitirati in mu zagotoviti svoje mesto, toda Gradec ni bil naklonjen slovenskemu življu. Pertot se je zaradi tega odločil, da se poteguje za novoustanovljeno mesto patološkega anatoma (»prosektorja«) v tržaški bolnišnici, ki ga je zaradi svoje kvalifikacije leta 1872 brez težav dobil, čeprav Slovencev takrat tudi v Trstu niso »protežirali«. Edina večja avstrijska luka je nudila veliko možnosti za znanstveno delo. Dr. Pertot je imel v začetku v bolnišnici

Ni vedno treba odkrivati tople vode, da bi izvedeli kaj novega. O nekaterih znamenitih slovenskih zdravnikih, kot npr. o dr. Šimnu Pertotu, so bile opravljene raziskave že pred časom, a so utonile v pozabo. O njem je leta 1953 v Zdravniškem vestniku<sup>1</sup> objavil študijo pokojni doc. dr. Ivan Pintar, takratni predstojnik t.i. Medicinsko-zgodovinskega inštituta Medicinske visoke šole v Ljubljani. Svoje delo je sklenil z besedami: »Sodobna kromatografija sloni na Pertotovi metodi. Poslužuje se njegovega postopka in dela z istimi pripomočki. Med Pertotovim načinom in današnjim postopkom ni bistvene razlike. Njegove metodike se drže tudi kombinacije kromatografije z elektroforezo. Četudi Pertot ni citiran v vseh objavah, ki se nanašajo na ta predmet, ne pretiravam prav nič, če smatramo Pertota za iniciatorja kromatografije.«

le en kletni prostor. Trajalo je nekaj let, da so k bolnišnični kapeli z mrtvašnico prizidali dodaten prostor, laboratorij in prostor za patološki muzej. Leta 1874 so Pertotu odobrili štirimesečni študijski dopust za izpopolnjevanje v bakteriologiji, ki se je takrat začela razvijati. Odšel je v Prago in delal pri dr. Edwinu Klebsu.

V tržaški prosekturi je dr. Pertot opravljal svoje delo 27 let in pogosto prirejal razprave ob primerjavi klinične in patološko-anatomske diagnoze. Ti epikritični razgovori so bili v italijanščini, ker so bili šefi oddelkov – z izjemo ginekologa-porodničarja Welponeja in Pertota – vsi Italijani ali italijanaši.

V času svojega delovanja je dr. Pertot zbral 25.000 obdukcijskih protokolov. Strokovno korespondenco je vodil z Bizzozzerom (Turin), Hlavo (Praga) in Pommerjem (Innsbruck). Problemi, s katerimi se je Pertot posebno intenzivno ukvarjal (toda nič objavil), so bili:

<sup>1</sup> Pintar, Ivan. Dr. Šimen Pertot in kromatografija. Zdrav Vestn 1953; 22: 173-5.

- dinamika srca in ožilja, in to v času, ko kliniki še niso redno rabili tlakomera;
- medsebojna odvisnost srca in ledvic;
- razni problemi imunosti oziroma refraktarnosti (tuberkulozni in zelo stari zbolijo zelo redko za trebušnim legarjem, kar so v Pertotovem času šteli za nesprejemljivo);
- takratno mnenje, da se kirurška tuberkuloza in pulmonalna izključujeta (v resnici miruje prvotno žarišče, se pravi, je zaapneno že dolgo prej, preden se pojavi po diseminiranju povzročen proces, npr. v kosteh itd.);
- dolgotrajna prvotna tuberkuloza mediastinalnih bezgavk izdatno imunizira ves organizem (pozneje objavil Ghon).

O vseh teh problemih je Šimen Pertot beležil izsledke v posebnih kartotekah. To gradivo je hotel znanstveno in statistično obdelati v času pokoja, ko bi imel za to več časa. Doživel pa je trpko razočaranje. Ko se je upokojil, je njegov naslednik dr. E. Ferrari precej hitro preuredil zavod in takrat je izginila njegova kartoteka in znanstvena korespondenca. Ferrari je sicer zelo obžaloval nesrečno naključje, a Pertotova znanstvena publicistika, na katero je kot upokojenec računal in se je veselil, je šla po vodi. To je povedal njegov sin, prav tako zdravnik, Just Pertot.

V času svojega delovanja je dr. Pertot objavil le članek *Beitrag zur Blutuntersuchung am Krankenbette, vorläufige Mitteilung* v avstrijski reviji *Wiener klinische Wochenschrift* (WKW) leta 1901, št. 33. **S to objavo je postal začetnik današnje kromatografije.** Tržaški ftiziolog Urizie in nemški hematolog Schilling navajata, da sta se posluževala Pertotove metode. Pertot sam ni dal temu postopku posebnega imena. Schilling jo je imenoval *Guttadiaphot*. Pertotova objava v WKW je bila žal brez slik. Pertot pa je imel iste v večjem številu pripravljene; ohranjene so še danes in so v zbirki ljubljanskega Inštituta za zgodovino medicine.

Pertota so kot strokovnjaka cenili tudi člani tržaškega zdravniškega društva *Assoziacione medica Triestina*, kjer je bil odbornik do leta 1904 in kjer je tudi večkrat predaval. Tega njegovega delovanja se je spominjal v nekrologu predsednik društva dr. Nicolich.

Dr. Pertot se je udeleževal tudi na drugih področjih. Leta 1880 je sprejel službo pri zavarovalni družbi *Assicurazioni Generali*, kjer so mu ponudili vodilno mesto v vseh zdravniških zadevah. Skupno z znanim matematikom dr. V. Laudijem je preuredil vso zavarovalno zdravniško službo in jo postavil na modernejšo podlago. Vodstvo družbe mu je ob 25-letnici službovanja izreklo zahvalo in priznanje v posebni spomenici, kjer so navedli velike zasluge njegovega dela v zavarovalni stroki. Dunajska revija za življenjsko zavarovanje *Wiener Revue für Asekuranz* iz leta 1907 poudarja, da so dr. Pertotove reforme na področju življenjskega zavarovanja načelnega pomena ter da so ta načela uvedle v svoje poslovanje tudi druge zavarovalne družbe. Zanimivo pa je, da je družba *Assicurazioni Generali* ob svoji 100-letnici izdala sijajno opremljeno knjigo, kjer so navedli življenjepise in zasluge mnogih bolj ali manj zaslužnih sodelavcev. Toda imena dr. Pertota, nekoč tako hvaljenega, prvega glavnega zdravnika te družbe, ne najdemo v njej, najverjetneje ker je izšla v času fašizma.

Leta 1888 je avstrijsko notranje ministrstvo imenovalo dr. Pertota za člana deželnega zdravstvenega sveta za Primorsko. Ta posel je opravljal do svoje smrti. Leto kasneje ga je vlada imenovala za člana razsodišča Zavoda za zavarovanje zoper nezgode, ki je obsegal Primorsko, Kranjsko in Dalmacijo. To delo ni bilo honorirano. Opravljal ga je skoraj 20 let, zavedajoč se, da je v tem zavodu njegovo delo v korist ljudstva, ki je bilo večinoma slovensko, a se je v tem zavodu čutilo zapostavljeno in pristransko ocenjevano.

V politiki dr. Pertot ni nastopal kot voditelj. Toda bil je odločen Slovenec, ki tega nikdar ni skrival, četudi je bil v službi nasprotno mislečih.

Vrnimo se zdaj na Pertotove poizkuse preiskave krvi z metodo, katero si je zamislil in za katero brez dvoma pripada njemu primat. Pertot sam si je na podlagi teh preiskav ustvaril določeno mnenje o stanju krvi. Njegov način preiskovanja krvi temelji na dejstvu, da filtrirni papir ob danih pogojih svojim množtvom skoraj enakomernih kapilarnih prostorov med vlakni celuloze razdeli sestavine raznih raztopin na dobro viden način. Pertot sam je že opozarjal, da je metoda uporabna tudi za kemične namene, ne samo za hematološke. **Sam je razvil nov način preiskovanja krvi, kateremu ustreza današnja kromatografija.** Filtrirni papir je položil na stekleno podlago in postavil nanj 1 cm dolgo stekleno cevko (podobno, kot je v rabi pri Fleischlovmu

aparatu). V tej legi jo je fiksiral s posebnim držalom in stolcem. V cevki je bila kri, razredčena z vodovodno ali destilirano vodo ali s kako solno raztopino, vedno v razmerju 0,025 : 1. To razmerje je dognal empirično. Delal je vedno z več mešanicami in primerjal. Ko pride krvna mešanica, prirejena s studenčnico, v dotik s filtrirnim papirjem, se začne vpijanje, ki traja po kakovosti krvi (predvsem odvisno od njene gostote) pet do deset minut. Ko je infiltracija že nekoliko napredovala, vidimo na filtrirnem papirju pravilen rumeno-rjavkast krog, ki raste, dokler more, in okrog njega se tvori obroč brezbarvne tekočine. Ko je papir vpil vso tekočino, ga ogledamo v upadajoči in presevajajoči luči. Infiltracijsko polje je prosojen, od okolice ostro omejen krog s precej širokim rdečim kolobarjem blizu periferije. Ta krog ima premer 23 do 24 mm. Kolobar je prve minute po nastanku rumenorjav, postane pa kmalu svetlo rdeč. Njegov zunanji rob je oster in pravilen, kakor bi bil narejen s šestilom, notranji rob pa prehaja polagoma v bolj svetlo centralno polje; kolobar je širok 1,5 do 2 mm. V 10 do 15 minutah se preparat posuši in prosojnost s tem izgine. Rdeči kolobar pa ostane, njegova barva postane v kratkem temno rdečerjava ter ostane taka več let. Pri upadajoči luči

ima kolobar rjavo-rumeno barvo in ploskev, katero obdaja kolobar, ima malenkosten barvni ton v rumenkasto-sivo. Središče se kaže po večini kot rumenkasta okrogla lisa.

Take podobe nastanejo pri mešanju s studenčnico in naravno, če je preizkušnja tehnično pravilno izpeljana. Mešanica krvi z destilirano vodo daje drugačno podobo. Okrogla infiltracija nima kolobarja na robu. Iz središča se širi češnjevo rdeč krog, tudi pravilen in ostro omejen, ki postane z osušitvijo temno rjav. Proti sredini je večinoma nekoliko bolj blede, ima pa močno barvano centralno okroglo liso. Njegov premer je 14 do 15 mm.

Pertot navaja, da so pri lažjih anemijah krogi manjšega premera. Meril je s ploščico slude, v kateri je imel zarezano kroge z 8–14,5–20 mm premera. Pri težjih anemijah postaja krog še manjši, barva postaja vedno bolj blede in končno dobi rob zobčasto konturo.

Pertot je objavil svojo metodo v dobi, ko tudi med kemiki še ni bilo mnogo govora o ionih. Arrheniusov nauk (1887) je bil le malokateremu medicincu znan v toliki meri, da bi tolmačil pojave že s temi pojmi. V svoji objavi pripominja Pertot, da se mu ne zdi razlaga nastanka kromatografske



Stara tržaška bolnišnica, kjer je delal prosek-tor dr. Šimen Pertot.

podobe, kakor jo navaja sam, popolnoma zadovoljiva.

Posnemalce je našel Pertot najprej med kemiki, nato bakteriologi, šele kasneje pa med hematologi. Prva kemična objava je bila verjetno **Goppelsröderjeva** *Kapillaranalyse* v reviji *Verhandlungen d. Ges. deutscher Naturforscher*, leta 1904. Tej so sledile objave istega avtorja v reviji *Kolloidzeitschrift*, 1909–10. Omenil bi tudi nobelovca **Ostwalda**, pri katerem se je izpopolnjeval tudi nobelovec slovenskega rodu dr. Friderik Pregl, z deli *Zeitgesetz kapillarer Aufsteigung von Flüssigkeiten im Filtrierpapier* v reviji *Kolloidzeitschrift*, 1908, II (*Suppl.*) in članek *Neue Kapillaranalysen* v reviji *Verhandlungen der Naturforschergesellschaft in Basel*, 1907 (XIX), zv. 2.

Te članke je avtor poznal le iz kratkih povzetkov, njihova natančna vsebina pa mu ni bila znana, ker mu niso bili dostopni v izvirniku, zato ne ve, ali so navajali tudi Pertotovo delo.

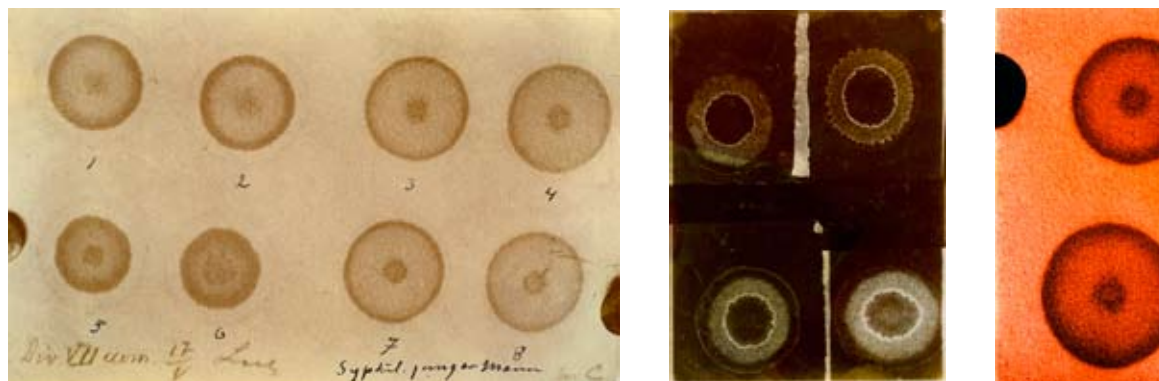
S filtrirnim papirjem so poizkušali tudi v bakteriološki tehniki. Prva objava v tem pogledu je **E. Friedberger**: *Eine neue Methode (Kapillaransteigmethode) zur Trennung von Typhus und Koli nebst allgemeinen Untersuchungen über das kapillare Stiegvermögen der Bakterien im Filtrierpapier*. Ta avtor se sklicuje predvsem na Goppelsröderja in druge, Pertota pa ne navaja. Pertot pa je bil citiran v **Meyer-Bi-erast-Schilling**: *Das Guttadiaphotverfahren nach M.-B.-Sch.*, **Urizio Lino**: *Il complesso primario della tubercolosi* in v d. **Weth Gerhard**: *Das zirkulierende Blut*.

Ruski rastlinski fiziolog **Cvet** je poleg Pertota najbrž samostojen začetnik kromatografije. Prva objava

*Adsorptionsanalyse und chromatographische Methode* je bila objavljena v reviji *Berichte deutsch. botan. Ges.*, 24, 384 (1906). Njegova raziskovanja pa so namenjena le določanju klorofila. On tudi ni delal s filtrirnim papirjem, temveč z normalizirano palčico aluminijevega oksida in deloma s prahom kalcijevega karbonata.

Pred Pertotom (1901) in Cvetom (1906) je nevede delal podobne poskuse še **K. F. F. Runge** (1835 do 1882). Nemci sami o njegovem delu niso pisali. Hirsch (*Biogr. Lexicon*, IV, p. 925) navaja njegova dela s področja hidro- in elektroterapije ter pripominja, da je objavil še nekaj drugih stvari. Pertot njegovih del ni poznal.

Minilo je več kot stoletje (1901) od Pertotove prve objave kromatografske metode dela v laboratorijski medicini. Slovenski pionir, ki ni dovolj odločno promoviral lastnega dela, naj živi vsaj v zavesti slovenskega zdravništva kot še eden izmed izjemnih mož svoje stroke, ki je s presežnim delom prispeval v svetovno zakladnico naravoslovnega znanja.



Trije primeri Pertotovih kromatogramov (iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine v Ljubljani). Kromatografija predstavlja postopek v analitski kemiji, ki se uporablja za ločevanje sicer težko ločljivih sestavin in zmesi. Poznamo veliko vrst kromatografije: adsorpcijsko, afinitetno, dvodimenzionalno – papirno ali tankoplastno kromatografijo, gelsko-filtracijsko, ionsko izmenjevalno, kolonsko, plinsko, tankoplastno, tekočinsko, visokoločljivostno in tekočinsko kromatografijo.

# Slovenija ponovno najuspešnejša Evropski specialistični izpit iz oftalmologije

*Marko Hawlina*

V Parizu je bil, kot vsako leto, tudi letos 8. maja organiziran specialistični izpit iz oftalmologije, ki se ga je letos udeležilo doslej največje število udeležencev: kar 308 kandidatov iz 25 evropskih držav je izpraševalo 168 profesorjev, med katerimi je bilo zelo veliko uglednih imen evropske oftalmologije.

Letos se je izpita v Parizu udeležilo pet slovenskih specializantov in že skoraj tradicionalno ponovno doseglo odlično uvrstitev. Slovenski kandidati so bili statistično v skupni uvrstitvi med vsemi 25 sodelujočimi državami na prvem mestu, posamično pa se je najbolj izkazal Uladzimir Butkevich, dr. med., ki je dosegel odlično drugo mesto tako v skupni razvrstitvi kot tudi pri pisnem testu. Tako se že od leta 2005 potrjuje visoka raven znanja, ki prinaša slovenski oftalmologiji mednarodni ugled, saj zaradi dosedanjih dveh posamičnih in dveh skupnih zmag in enega tretjega mesta zdaj že kar pregovorno velja za eno najboljših v Evropi. Sicer je prvo mesto v skupni razvrstitvi dosegla belgijska kandidatka, prvo mesto v pisnem delu pa kandidatka iz Nemčije.

Izpit je potekal preko vsega dneva. Kandidati so dopoldan opravljali pisni test, ki je sestavljen iz 260 vprašanj, popoldan pa odgovarjali na ustna vprašanja. Vsak kandidat odgovarja osmim izpraševalcem, ki so razdeljeni v štiri komisije, pri čemer je en izpraševalec iz druge države. Zaradi objektivnosti je končna ocena v posamezni sekciji določena skupno, vse ocene skupaj pa odločajo, ali je kandidat pri izpitu uspešen ali ne. Pri tem prinese pisni del 40 odstotkov, ustni del pa 60 odstotkov ocene. Pri pisnem delu je bilo treba za pozitivno oceno pravilno odgovoriti na 192 od 260 vprašanj. Mejna skupna ocena je 6,0, pod to oceno kandidati izpita ne opravijo in takih je bilo letos 11 odstotkov. Medtem ko je poudarek pisnega dela na testiranju teoretičnega znanja, je pri ustnem delu pomembno reševanje kliničnih primerov, ki jih izpraševalci prikažejo na prenosnih računalnikih. Poudarek je na preverjanju pravih odločitev in zdravljenju. V povprečju kandidati v ustnem delu odgovorijo na 15 do 20 kliničnih vprašanj.

Po izpitu je bila za vse kandidate in profesorje organizirana skupna večerja na vabilo francoske družbe Thea, kjer je bilo v sproščnem evropskem vzdušju poskrbljeno tudi za spoznavanje in navezovanje dragocenih mednarodnih

in medgeneracijskih stikov. V celoti je izpit kljub doslej največjemu številu udeležencev minil v prijetnem akademskem vzdušju.

Izpit je potekal ob vsakoletnem kongresu Združenja francoskih oftalmologov, ki je vsem udeležencem izpita omogočilo brezplačno dvodnevno kotizacijo za obisk kongresa.

Kot izpraševalci so se izpita udeležili prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, prof. dr. Branka Strin Kranjc, prof. dr. Dušica Pahor in podpisani, ki je kot novi predsednik Evropskega združenja za oftalmologijo (European Board of Ophthalmology) tudi organizacijsko vodil letošnji evropski izpit.



Udeleženci evropskega specialističnega izpita iz oftalmologije v Parizu. Z leve stojijo dr. Uladzimir Butkevich, dr. med., drugouvrščeni med 308 kandidati, Špela Štunf, dr. med., mag. Alenka Lavrič, prof. dr. Brigita Drnovšek Olup, prof. dr. Marko Hawlina, predsednik Evropskega združenja za oftalmologijo, prof. dr. Branka Strin Kranjc in prof. dr. Dušica Pahor. Spodaj: Amer Beharić, dr. med., in Levin Vrhovec, dr. med.

## Cepljenje proti HPV

## Moj kamenček v mozaik

Petra Meglič

Onkogeni humani papiloma virusi (HPV) povzročajo rak materničnega vratu, visoko rizične cervikalne spremembe (CIN 2 in 3), visoko rizične spremembe vulve in vagine (VIN in VaIN 2 in 3), nekatere anogenitalne karcinome in nekatere karcinome glave in vratu. Neonkogeni tipi HPV povzročajo genitalne bradavice (Condylomata acuminata, kondilome), nizko rizične cervikalne spremembe (CIN 1) ter rekurentno respiratorno papilomatozo. Posledice okužbe so torej prisotne pri vseh treh oblikah spolnih odnosov – vaginalni, oralni in analni.

To so dejstva, plod dolgoletnih raziskav. Če govorim ozko, le za svoje področje delovanja, imamo ginekologi učinkovito sredstvo z iznajdbo cepiv, ki aplicirana v pravem času in pravih pogojih (najbolje pred prvo spolno aktivnostjo) preprečujejo razvoj raka in visoko rizičnih neoplazij, proti katerim se v Sloveniji že leta precej neuspešno borimo. Če se seveda primerjamo z boljšimi od nas.

Končno smo na državni ravni dosegli konsenz in očitno našli denar za zagon cepljenja. Pri tem nam do sedaj ni bil v pomoč in ponos nedelujoči RSK za ginekologijo, ki ga sedaj baje celo imamo.

Stroka v Sloveniji je sedaj pred izbiro cepiva. Na voljo imamo dve, dvovalentno (genotipa HPV 16 in 18) in štirivalentno (genotipi HPV 16, 18, 6, 11), o katerih je zelo objektivno in razločno v zadnji številki Izide pisal prof. dr. Ihan.

Med obema cepivoma smo se odločali tudi ginekologi, ki opravljamo cepljenja za zaščito pred HPV-okužbo. Sama sem izbrala štirivalentno cepivo, ker ščiti proti najpogostejšima povzročiteljema karcinoma in visoko rizičnih neoplazij cerviksa, poleg tega pa tudi proti genitalnim bradavicam in ostalim manifestacijam, povzročenim z neonkogenimi tipi HPV. In teh srečujem veliko.

Po literaturi se s HPV med 15. in 49. letom starosti okuži od 10 do 20 odstotkov spolno aktivnega prebivalstva. Potek bolezni je večinoma subkliničen, genitalne bradavice naj bi bile le vrh ledene gore. Takšni so podatki iz literature. Kakšno je stanje v Sloveniji, je žal nemogoče oceniti. In za to smo krivi mi sami, ginekologi, dermatologi, splošni zdravniki in ostali, ki se srečujemo s kondilomi. Zakaj? **Ker jih ne prijavljamo!** Prav žalostno je poslušati slovenske strokovnjake na predavanjih, ko vedno znova

»na grobo« ali »na približno« ocenjujejo incidenco neke spolno prenosljive bolezni pri nas, ker podatkov enostavno ni. Običajno se nato vsi zadovoljijo s podatki iz ZDA ali katerekoli druge države.

Naj najprej pometem pred svojim pragom. Po svoji oceni se v ambulantni srečam vsaj s tremi primeri genitalnih bradavic na teden. Nato običajno počakam kakšen mesec ali dva, ker v velikem deležu spontano izginejo. Če ne, se odločim za zdravljenje z lasersko vaporizacijo ali aldaro. Pa imam v svoji evidenci v obdobju od 2005 do 2008 zabeleženih le 24 primerov! Prijavljenega seveda nobenega.

Pred izbiro cepiva, s katerim bomo cepili 12-letne deklice, mora nekdo nujno oceniti incidenco genitalnih bradavic v Sloveniji in stroške, ki jih imamo zaradi njih. S prvim bo težko, upam, da sem pojasnila, zakaj, s stroški pa ne bi smelo biti toliko težav. Seštejemo stroške za aldaro, za laserske vaporizacije (cena na Ginekološki kliniki v Ljubljani je 827 EUR) in razne krio- in ostale terapije po dermatoloških, ginekoloških in proktoloških ambulantah. Temu bi morali prišteti še dneve odsotnosti z dela. Menim, da bi bila (bo) dobljena vsota impresivna.

S svojim prispevkom želim dodati kamenček v mozaik pri odločanju o tej aktualni in zelo pomembni temi. V vprašanje, ki se zadnje čase pojavlja v medijih, ali je cepljenje sploh smiselno, se v tem prispevku sploh ne spuščam. Močno verjamem, da je nujno potrebno, ne pa obvezno.

Mogoče pa je že vse odločeno. Vseeno.

Letno poročilo

# Slovenija-Donor v letu 2008

Mihael Tonejc s sodelavci

Spoštovani, pred vami je peto zaporedno letno poročilo o delovanju slovenskega registra prostovoljnih, nesorodnih darovalcev kostnega mozga oziroma krvotvornih matičnih celic (KMC), Slovenija-Donor (SD), v letu 2008.

Tudi tokrat smo bili uspešni, saj smo v register vpisali 2043 novih darovalcev. Za 11 slovenskih bolnikov smo našli ustrezne darovalce KMC med člani tujih registrov, za štiri slovenske bolnike pa med člani našega registra. Omo-gočili smo tudi presaditve štirim bolnikom iz tujine, za katere so svoje KMC darovali izbrani člani registra SD.

Predvsem bi se radi zahvalili našim članom za izjemno človekoljubnost in za njihovo plemenito poslanstvo, za katerega so se prostovoljno odločili, ko so se vpisali v register SD. Sedaj nas je že veliko, veseli pa smo vsakega novega člana, ki se nam pridruži.

Posebej dragocena in občudovanja vredna je tudi podpora svojcev bolnikov, ki se znajdejo v težkem položaju, ko se soočijo s hudo boleznijo svojih bližnjih, in vendar v takšni stiski nesebično organizirajo pomoč še za druge.

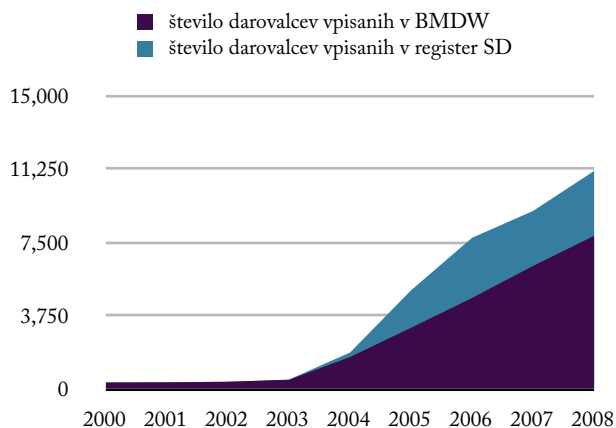
Hvala torej vsem vam, prav posebnim ljudem, ki pomagata tako, da darujete najdragocenejše, del sebe, in s tem rešujete življenja drugih.

*mag. Miha Tonejc, dr. med., spec. transf. med.*

*doc. dr. Matjaž Jeras, mag. farm.*

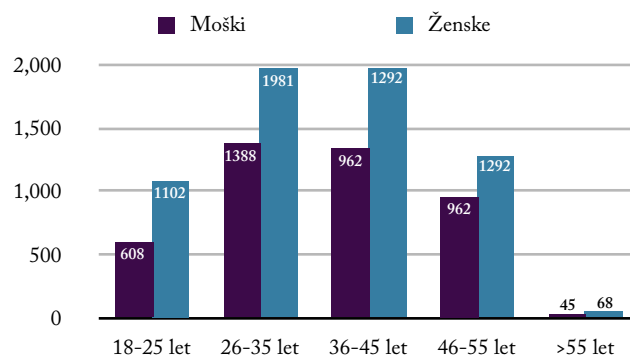
## Vključevanje novih nesorodnih darovalcev KMC (NDKMC)

V letu 2008 smo pridobili 2043 novih darovalcev. Tako je bilo konec leta 2008 v register SD vpisanih 11.112 darovalcev (Slika 1).



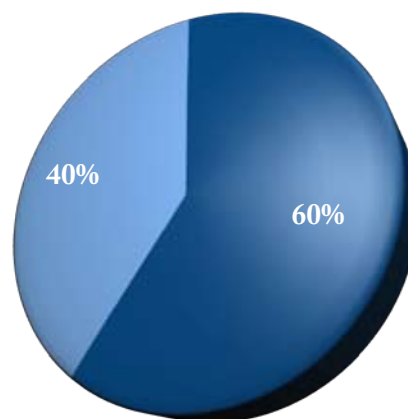
Slika 1. Naraščanje števila v register SD vpisanih nesorodnih darovalcev ter deleža članov, katerih podatke o fenotipih tkivnih antigenov HLA smo posredovali v podatkovno bazo svetovnega registra BMDW.

Največ članov registra SD je ženskega spola, med njimi pa prevladuje starostni skupini med 36 in 45 ter 26 in 35 let. Moških darovalcev v najmlajši starostni kategoriji, to je med 18. in 25. letom, je 608, ženski darovalki pa sta v enaki kategoriji 1102. Med člani registra, ki so stari od 26 do 35 let, je 1388 moških in 1981 žensk, med starimi od 36 do 45 let pa 1343 moških in 1988 žensk, v skupini darovalcev med 46 in 55 let pa je 962 moških in 1292 žensk, najstarejših (>55 let) je 45 moških in 68 žensk (Slika 2).



Slika 2. Porazdelitev NDKMC, članov registra SD, glede na spol in različne starostne kategorije.





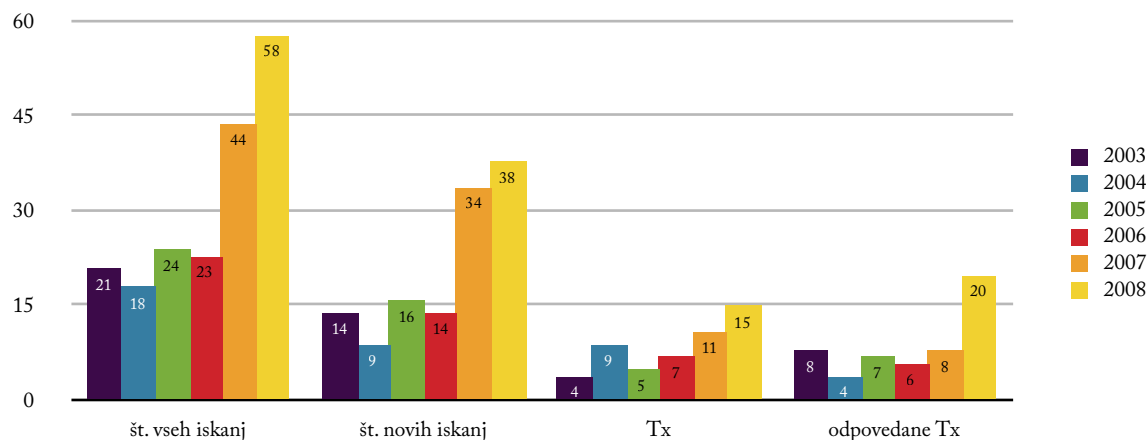
Konec leta 2008 je bilo torej od vseh 10.777 v register SD vpisanih članov 6431 (60 odstotkov) žensk in 4346 (40 odstotkov) moških (Slika 3). Ker vsak, ki se vpiše v register, dobi zaporedno številko SD, ki je hkrati identifikacijska koda darovalca in se nikoli ne ponovi, nastane razlika med številom vpisanih (11.112) in dejanskim številom aktivnih članov (10.777). To razliko predstavljajo tisti nekdanji člani SD, ki so jih zaradi različnih razlogov izpisali iz registra.

Slika 3. Deleža moških (40 odstotkov) in ženskih (60 odstotkov) NDKMC, članov registra SD.

## Število iskanj NDKMC in število presaditev nesorodnih KMC za slovenske bolnike v letih 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 in 2008

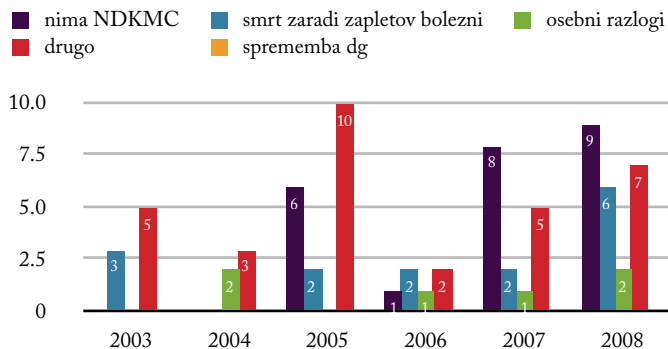
V letu 2003 smo izvedli skupno 21 iskanj NDKMC za slovenske bolnike, in sicer tako v našem kot svetovnem registru; od tega jih je bilo 14 začelih na novo. V letu 2004 pa smo opravili skupno 18 iskanj, od tega devet novih. Leta 2005 smo skupno opravili 24 iskanj NDKMC za slovenske bolnike, in sicer tako v našem kot v svetovnem registru; od tega jih je bilo 16 začelih na novo. V letu 2006 smo opravili skupno 23 iskanj, pri čemer je bilo 14 novih. Leta 2007 smo skupno opravili 44 iskanj NDKMC za slovenske bolnike, in sicer tako v našem kot v svetovnem registru; od tega jih je bilo 34 začelih na novo. V letu 2008 pa smo opravili 58 iskanj, od tega jih je bilo 38 sproženih

na novo. Leta 2003 smo v Sloveniji izvedli štiri presaditve nesorodnih KMC, osem jih je bilo odpovedanih. Leto kasneje smo opravili devet presaditev, štiri pa so bile zaradi različnih vzrokov odpovedane. Leta 2005 smo v naši državi izvedli pet presaditev nesorodnih KMC, sedem jih je bilo odpovedanih. Leta 2006 smo v Sloveniji izvedli sedem presaditev nesorodnih KMC, šest pa jih je bilo odpovedanih. Leta 2007 smo v Sloveniji izvedli 11 presaditev nesorodnih KMC, osem jih je bilo odpovedanih. Leta 2008 smo v Sloveniji izvedli 15 presaditev nesorodnih KMC, 20 pa jih je bilo odpovedanih (Slika 4).



Slika 4. Število bolnikov, za katere smo v posameznem letu iskali tkivno skladne NDKMC, število novih bolnikov, za katere smo iskanje začeli v aktualnem letu, ter število opravljenih in odpovedanih presaditev (Tx).

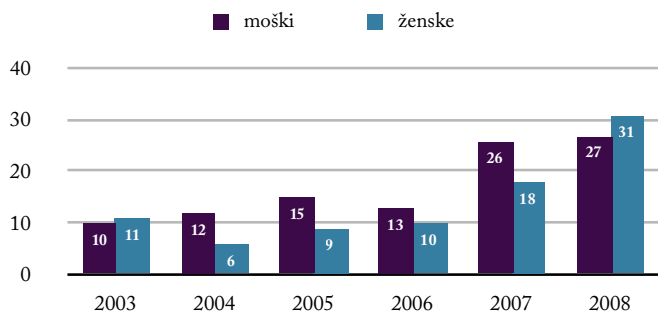
Vsem bolnikom žal nismo uspeli najti tkivno skladnih NDKMC, za nekatere izmed teh ponovno sprožimo postopek iskanja vsakih šest mesecev, nekateri med njimi pa so med postopkom iskanja umrli zaradi poteka oziroma zapletov bolezni. Nekaj bolnikov je presaditev kot način zdravljenja odklonilo zaradi osebnih razlogov. Bolnikov s spremenjeno diagnozo bolezni v letu 2008 ni bilo. Ostali razlogi za prekinitvev postopka iskanja NDKMC so bili: uspešno zdravljenje bolezni na drug način, avtologna ali alogenska haploidentična transplancija KMC, molekulska remisija ali pa poslabšanje bolezni (Slika 5).



Slika 5. Število bolnikov, za katere nismo našli ustreznih NDKMC: število tistih, ki so umrli zaradi zdravstvenih zapletov, še preden smo lahko zaključili postopek iskanja in presaditve; število tistih, ki so po začetku postopka iskanja iz osebnih razlogov odklonili presaditev; število bolnikov, za katere smo postopek iskanja NDKMC prekinili zaradi spremembe diagnoze bolezni ali zaradi drugih razlogov.

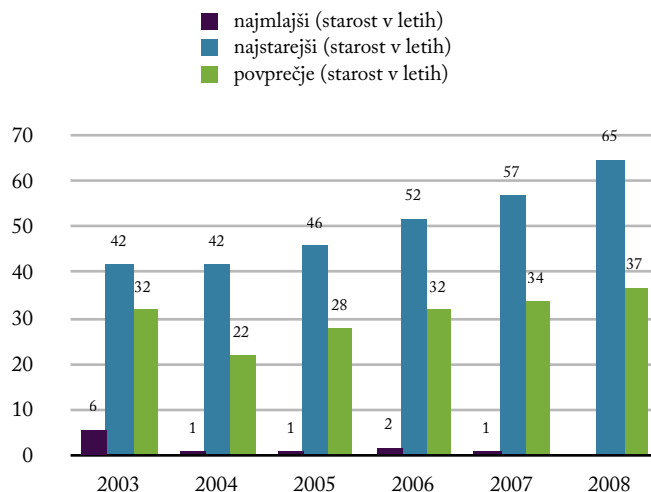
Med vsemi bolniki, za katere smo iskali NDKMC, je bilo v letu 2003 10 moških in 11 žensk, v letu 2004 12 moških in šest žensk, v letu 2005 15 moških in devet žensk, v letu 2006 13 moških in 10 žensk, leta 2007 26 moških in 18 žensk ter leta 2008 27 moških in 31 žensk (Slika 6).

V letu 2003 je bila povprečna starost bolnikov 32 let; najmlajši je bil star šest, najstarejši pa 42 let. Leta 2004 je bila povprečna starost bolnikov 22 let, pri čemer je bil najmlajši star eno leto, najstarejši pa 42 let. Leta 2005 je bila povprečna starost bolnikov 28 let, najmlajši je bil star



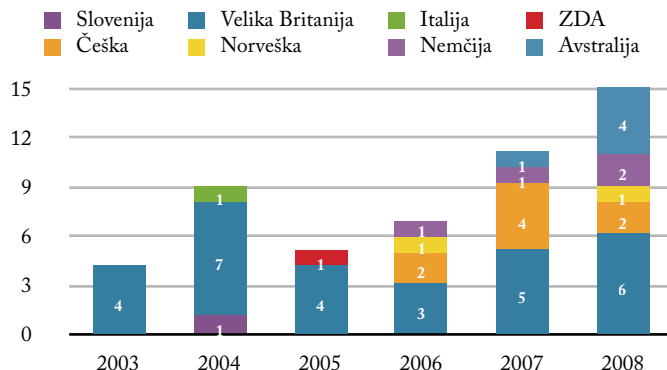
Slika 6. Število bolnikov glede na spol, za katere smo iskali NDKMC.

eno leto, najstarejši pa 46 let. Leta 2006 pa je bila povprečna starost bolnikov 32 let, pri čemer je bil najmlajši star dve leti, najstarejši pa 52 let. V letu 2007 je bila povprečna starost bolnikov 34 let, najmlajši je bil star eno leto, najstarejši pa 57 let. V letu 2008 pa je bila povprečna starost bolnikov 37 let, najmlajši je bil star pol leta, najstarejši pa 65 let (Slika 7).



Slika 7. Prikaz starostne strukture obravnavanih slovenskih bolnikov po letih.

Izbrani NDKMC, ki so darovali KMC za slovenske bolnike v letu 2003, so bili vsi člani nemškega registra (4). Leta 2004 smo sedem darovalcev za naše bolnike našli v nemškem, enega v avstralskem in enega v norveškem registru. Štiri NDKMC za slovenske bolnike smo v letu 2005 izbrali med člani nemškega, enega pa med člani češkega registra. Leta 2006 smo tri darovalce za slovenske bolnike našli v nemškem, enega v italijanskem, enega v angleškem in dva v ameriškem registru (NMDP). Leta 2007 smo prvič za slovenskega bolnika našli darovalca v Sloveniji, sicer pa pet darovalcev v nemškem, enega v angleškem in štiri v ameriškem registru (NMDP). Leta 2008 smo za slovenske bolnike našli štiri darovalce v Sloveniji, dva v angleškem, enega v italijanskem, šest v nemškem in dva v ameriškem registru (NMDP) (Slika 8).



Slika 8. Prikaz števila za slovenske bolnike izbranih nesorodnih darovalcev KMC po državah.

Število bolnikov z različnimi diagnozami, za katere smo v registru SD leta 2003 iskali NDKMC, je bilo naslednje: štirje z aplastično anemijo (AA), štirje z akutno limfoblastno levkemijo (ALL), štirje z akutno mieloično levkemijo (AML), eden z akutno promielocitno levkemijo (APL), pet s kronično mieloično levkemijo (KML), eden s Hodgkinovo boleznijo (Mb Hodgkin), eden z ne-Hodgkinovim limfomom (NHL) in eden s paroksizmalno nočno hemoglobinurijo.

V letu 2004 smo obravnavali: tri bolnike z aplastično anemijo (AA), šest z akutno limfoblastno levkemijo (ALL), dva z akutno mieloično levkemijo (AML), enega s kronično limfocitno levkemijo (KLL), štiri s kronično mieloično levkemijo (KML), enega z mielodisplastičnim sindromom (MDS) in enega s paroksizmalno nočno hemoglobinurijo (PNH).

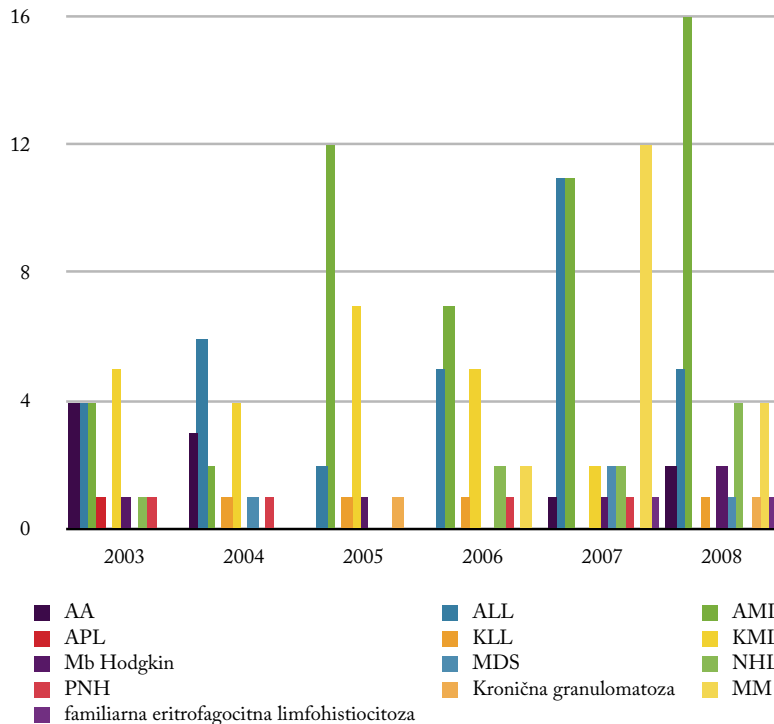
Leta 2005 je bila struktura obravnavanih bolnikov, glede na diagnozo, naslednja: dva z akutno limfoblastno levkemijo (ALL), 12 z akutno mieloično levkemijo (AML), eden s kronično limfocitno levkemijo (KLL), sedem s kronično mieloično levkemijo (KML), eden z Hodgkinovo boleznijo (Mb Hodgkin) in eden s kronično granulomatozo.

V letu 2006 smo obravnavali: pet bolnikov z akutno limfoblastno levkemijo (ALL), sedem z akutno mieloično levkemijo (AML), enega s kronično limfocitno levkemijo (KLL), pet s kronično mieloično levkemijo (KML), dva z ne-Hodgkinovim limfomom (NHL), dva z multiplim mielomom (MM) in enega s paroksizmalno nočno hemoglobinurijo (PNH).

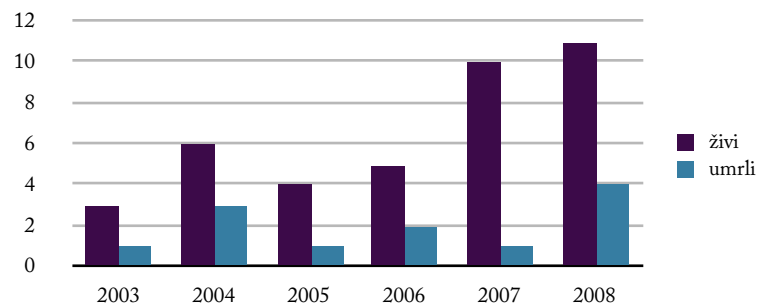
V letu 2007 smo obravnavali: enega bolnika z aplastično anemijo (AA), 11 bolnikov z akutno limfoblastno levkemijo (ALL), 11 z akutno mieloično levkemijo (AML), dva s kronično mieloično levkemijo (KML), enega s Hodgkinovo boleznijo (Mb Hodgkin), dva z mielodisplastičnim sindromom (MDS), dva z ne-Hodgkinovim limfomom (NHL), 12 z multiplim mielomom (MM), enega s paroksizmalno nočno hemoglobinurijo (PNH) in enega s familiarno eritrofagocitno limfohistiocitozo.

V letu 2008 smo obravnavali: dva bolnika z aplastično anemijo (AA), pet bolnikov z akutno limfoblastno levkemijo (ALL), 16 z akutno mieloično levkemijo (AML), enega s kronično limfocitno levkemijo (KLL), dva s Hodgkinovo boleznijo (Mb Hodgkin), enega z mielodisplastičnim sindromom (MDS), štiri z ne-Hodgkinovim limfomom (NHL), štiri z multiplim mielomom (MM), enega s kronično granulomatozo in enega s familiarno eritrofagocitno limfohistiocitozo (Slika 9).

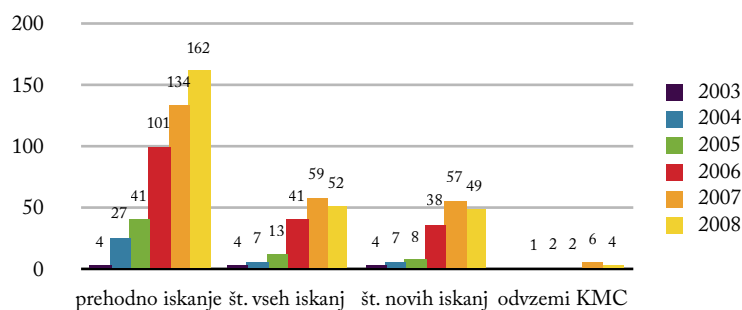
V letu 2003 so po presaditvi nesorodnih KMC preživeli trije bolniki (75 odstotkov), eden je umrl. Leta 2004 je presaditev preživelo šest bolnikov (67 odstotkov), trije so umrli. V letu 2005 so zdravljenje s presaditvijo nesorodnih KMC preživeli štirje bolniki (80 odstotkov), eden je umrl. V letu 2006 je zdravljenje s presaditvijo nesorodnih KMC preživelo pet bolnikov (71 odstotkov), dva sta umrli. V letu 2007 je po presaditvi nesorodnih KMC preživelo 10 bolnikov (90 odstotkov), eden je umrl. Leta 2008 je bilo po presaditvi živih 11 bolnikov (67 odstotkov), štirje pa so umrli (Slika 10).



Slika 9. Število bolnikov, za katere smo iskali NDKMC, glede na diagnozo njihove bolezni.



Slika 10. Kratkoročno preživetje bolnikov po presaditvi nesorodnih KMC.



Slika 11. Število tujih bolnikov, za katere smo iskali NDKMC med člani registra SD: število vseh in delež novih iskanj za bolnike iz tujine ter število odvzemov KMC pri izbranih darovalcih, članih registra SD.

## Število iskanj NDKMC v registru SD in število odvzemov KMC slovenskih darovalcev za tuje bolnike v letih 2003, 2004, 2005, 2006, 2007 in 2008

V letu 2003 smo iz tujine prejeli zahteve za skupno štiri ciljana iskanja NDKMC v našem registru, od katerih so bila vsa sprožena na novo. Ker med člani registra SD nismo našli ustreznih darovalcev, ni bilo odvzemov KMC. Poleg omenjenih pa smo med člani našega registra opravili še štiri predhodna iskanja NDKMC za tuje bolnike. Leta 2004 smo v registru SD ciljano iskali NDKMC za sedem tujih bolnikov in našli ustreznega za enega od njih. Poleg tega smo opravili še 27 predhodnih iskanj. V letu 2005 smo v registru SD ciljano iskali darovalce za 13 tujih bolnikov in našli ustreznega za dva izmed njih; opravili smo

tudi 41 predhodnih iskanj. V letu 2006 smo v registru SD ciljano iskali darovalce za 41 tujih bolnikov in našli ustreznega NDKMC za dva izmed njih, opravili pa smo tudi 101 predhodno iskanje. V letu 2007 smo v registru SD ciljano iskali darovalce za 59 tujih bolnikov in našli ustreznega NDKMC za šest izmed njih; opravili smo tudi 134 predhodnih iskanj. V letu 2008 pa smo v registru SD ciljano iskali darovalce za 52 tujih bolnikov in našli ustreznega NDKMC za štiri izmed njih; opravili smo tudi 162 predhodnih iskanj (Slika 11).

### Sodelujoči donorski centri

<b>SB Izola</b> Oddelek za transfuzijsko medicino Polje 35 6310 Izola Tel. 05 66 06 230	<b>SB dr. Jožeta Potrča Ptuj</b> Oddelek za transfuzijo Potrčeva 23-25 2250 Ptuj Tel. 02 74 91 436	<b>SB Murska Sobota</b> Oddelek za transfuzijo Ulica dr. Vrbnjaka 6 9000 Murska Sobota Tel. 02 51 23 100	<b>SB Novo mesto</b> Oddelek za transfuzijo Šmihelska 1 8000 Novo mesto Tel. 07 39 16 574
<b>SB Jesenice</b> Oddelek za transfuzijo Titova 112 4270 Jesenice Tel. 04 58 68 308	<b>SB Slovenj Gradec</b> Oddelek za transfuzijo Gosposvetska 3 2380 Slovenj Gradec Tel. 02 88 23 482	<b>SB Maribor</b> Oddelek za transfuzijo in imunohematologijo Ljubljanska 5 2000 Maribor Tel. 02 32 12 275	

### Potencialni donorski centri

<b>SB Nova Gorica</b> Oddelek za transfuzijo Ulica padlih borcev 13 6290 Šempeter pri Novi Gorici Tel. 05 33 01 173	<b>SB Celje</b> Oddelek za transfuzijo Oblakova 5 3000 Celje Tel. 03 42 33 592
---	--

V letu 2008 smo organizirali 12 skupinskih vpisov v register SD.

### Sklad Hipokrat

V skladu Hipokrat (pri Rdečem križu Slovenije) se je tudi v letu 2008 žal zbralo zelo malo prostovoljnih denarnih prispevkov, namenjenih za financiranje tipizacije tkivnih antigenov HLA članov registra SD. V sklad se stekajo finančna sredstva, ki jih posamezniki med drugim lahko prispevajo tudi tako, da na številko 1919 pošiljajo sporočila SMS, in sicer s ključno besedo »Zdravje« ter na ta način vsakič prispevajo po 0,89 EUR.

Fizične in pravne osebe pa lahko denar nakažejo tudi na **TR Bank Austria št. 2900-0003377785**. Nad uporabo sredstev sklada bdi dr. France Arhar.

Finančna sredstva lahko donatorji nakažejo tudi neposredno Centru za tipizacijo tkiv, Zavod RS za transfuzijsko medicino, Šlajmerjeva 6, 1000 Ljubljana, na **TR št. 01100-6030926339**.

Tečaj

# Presaditev ledvice 2009

Boštjan Kersnič

Slovensko nefrološko društvo je 17. in 18. aprila 2009 v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani organiziralo tečaj »Presaditev ledvice 2009«, k čemur ga je vzpodbudilo povečanje števila bolnikov z delujočo presajeno ledvico.

Tečaj je bil namenjen tako zdravnikom, ki se ukvarjajo s presaditvijo ledvice, kot tudi medicinskim sestram in tehnikom ter drugim poklicem v zdravstvu, ki se pri svojem vsakodnevnom delu srečujejo s presaditvijo ledvic. Glede na to, da vse več podatkov iz raziskav kaže, da je presaditev ledvice v povprečju najboljši način nadomestnega zdravljenja ledvične odpovedi, je v prihodnosti pričakovati še pogostejše presaditve ledvic.

Že prvi dan nas je vse, udeležence kot tudi organizacijski odbor, presenetila precej visoka udeležba, saj smo zabeležili 55 zdravnikov, 56 medicinskih sester oziroma tehnikov ter celo dva bolnika po presaditvi ledvice. Organizacijski odbor so sestavljali prof. Aljoša Kandus, prof. Andrej F. Bren, prof. Jadranka Buturović Ponikvar, prof. Rafael Ponikvar, doc. Damjan Kovač, doc. Jelka Lindič, asist. dr. Miha Arrol ter mag. Miha Benedik, ki so sestavil zanimiv in precej obširen program.

Pozdravni nagovor je imel prof. Andrej F. Bren, predstojnik Klinike za nefrologijo, ki je predstavil in osvetlil namen šole Presaditev ledvice 2009. Glede na zelo natrpan in zahteven program smo takoj nato že začeli s programom. Prof. Jadranka Buturović Ponikvar je predstavila register nadomestnega zdravljenja končne ledvične odpovedi v Sloveniji. Zatem je prof. Aljoša Kandus predstavil rezultate presaditve ledvic v Sloveniji, iz katerih je bilo jasno razvidno, da imamo

več kot odlične rezultate s povprečnim preživetjem, tako presadka kot tudi prejemnikov – kar nekaj odstotkov boljše kot Evrotransplant. Nacionalno transplantacijsko mrežo in povezavo z Evrotransplantom je predstavila prim. Danica Avsec. Povedala je tudi, da se bo državni zbor zavzemal za izboljšanje tako prostorskih kot tudi finančnih stisk v zvezi s presaditvijo organov v Sloveniji.

Naslednji segment predavanj je imel naslov Priprava na presaditev ledvice, kjer je na začetku doc. Jelka Lindič predstavila uvrstitev bolnika na čakalni seznam za presaditev ledvice umrlega darovalca. Sledilo je predavanje doc. Damjana Kovača z naslovom Presaditev ledvice živega darovalca. Oceno srčno-žilnega tveganja pred presaditvijo ledvice je predstavila kardiologinja Renata Okrajšek v sodelovanju s prof. Bojanom Vrtovcem. Imunologinja doc. Blanka Vidan Jeras je predstavila pomen tkivne skladnosti, senzibilizacije in navzkrižnega preizkusa. Mag. Vladimir Premru je prikazal vlogo in namen dializnih centrov pri seznanjenosti bolnikov o vključevanju na čakalni seznam za presaditev ledvic. Sledilo je predavanje Mirjane Čalič, vms., ki je v sodelovanju s prof. Aljošo Kandusom prikazala vlogo zdravstvene vzgoje in vlogo medicinske sestre pri vodenju bolnika na čakalnem seznamu za presaditev ledvice. Psihosocialno oceno bolnika pred presaditvijo ledvice je predstavila psihologinja Andreja Mlinarič v sodelovanju z Bernardo Logar Zakrajšek. Asist. Miha Arrol je v naslednjem predavanju opisal oceno umrlega darovalca ledvice. Sledilo je še predavanje asist. Jerneja Pajka, ki je pokazal postopek sprejema ponudbe za presaditev in neposredno pripravo prejemnika na presaditev ledvice.

Eno izmed uvodnih predavanj je imel prof. Aljoša Kandus, ki je vodja centra za presaditev ledvic in predsednik organizacijskega odbora tečaja Presaditev ledvice 2009.



Po kosilu je sledil sklop predavanj z naslovno tematiko presaditev ledvice. Prvo predavanje v tem sklopu je imel prof. Aljoša Kandus v sodelovanju z asist. Mihom Arnolom z naslovom Imunosupresivno zdravljenje pri presaditvi ledvice. Prof. Andrej Kmetec je predstavil urološki pogled na presaditev ledvice z naslovom Kirurški problemi po presaditvi ledvice. Anesteziolog Rade Stanič in sodelavci so predstavili predavanje z naslovom Zgodnje kooperativno zdravljenje bolnikov po presaditvi ledvice. Asist. Janko Kovač pa je prikazal, zakaj lahko presadek po presaditvi ledvice deluje zakasnelo. Sledilo je predavanje prof. Jadranke Buturovič Ponikvar, ki nam je približala dopplersko preiskavo presajene ledvice, medtem ko je prof. Marko Malovrh prikazal ultrazvočno preiskavo presadka. Doc. Gregor Novljan je s sodelavci pripravil prikaz o dolgoročnih učinkih presaditve ledvice pri otrocih in mladostnikih.

Po odmoru je sledila sekcija z naslovom Zavrnitev presajene ledvice. Najprej je Andreja Aleš predstavila akutno celično zavrnitev presajene ledvice; sledilo je predavanje doc. Damjana Kovača o akutni humoralni zavrnitvi presajene ledvice, nato pa predavanje o aferezi in drugih načinih zdravljenja akutne humoralne zavrnitve presajene ledvice, ki ga je predstavil prof. Rafael Ponikvar. Niz petkovih predavanj sta zaključila prof. Dušan Ferluga in Alenka Vizjak s predstavitvijo histopatologije celične in humoralne zavrnitve.

V soboto se je že zgodaj začel program z naslovom Dolgoročno vodenje bolnika po presaditvi ledvice. Infektologa prof. Janez Tomažič in doc. Mojca Matičič sta s sodelavko prikazala vodenje in skrb za bolnika z okužbo po presaditvi. Prof. Andrej F. Bren je s sodelavcema predstavil najpomembnejše ukrepe za izboljšanje dolgoročnega preživetja presajene ledvice in bolnika. Prikazal je tudi prostorske razmere v ambulanti za presaditev ledvice, ki so glede na število bolnikov, ki se je v zadnjih osmih letih podvojilo, na meji sprejemljivega. To so potrdili tudi bolniki, ki so

sodelovali na šoli kot udeleženci. Asist. Miha Arnol s sodelavko je predstavil predavanje z naslovom Bolezni srca in ožilja po presaditvi ledvice: vloga tradicionalnih in netradicionalnih dejavnikov tveganja. Doc. Andreja Marn Pernat je predstavila vlogo arterijske hipertenzije po presaditvi ledvice, diabetologinja Marjeta Tomažič pa problem novonastale sladkorne bolezni po presaditvi ledvice. O anemiji po presaditvi ledvice je govoril mag. Janez Varl. Asistent Janko Kovač s sodelavcema je predstavil tumorje po presaditvi ledvice: presejalne metode za zgodnje odkrivanje.

Po odmoru je prof. Radoslav Kveder predaval o kronični transplantacijski nefropatiji. Kako poteka presaditev pri bolniku na peritonealni dializi, je predstavil prim. Andrej Guček s sodelavcem. Pomen kostne bolezni po presaditvi ledvice je predstavil mag. Miha Benedik. Vodenje nosečnosti po presaditvi ledvice sem v sodelovanju s kolegicama predstavil sam, vpliv telesne vadbe na srčno-žilna tveganja po presaditvi ledvice pa doc. Bojan Knap. Višja medicinska sestra Erna Jovanovič s sodelavko Majo Svetlin je predstavila pomen zdravstvene vzgoje bolnikov s presajeno ledvico za aktivno vlogo pri zdravljenju. Zadnje predavanje je bilo namenjeno oceni zmognosti za delo, invalidnosti in telesni okvari pri bolniku s presajeno ledvico.

Namesto z delavnicami, ki so bile načrtovane, se je šola zaključila s prikazom poučnega primera bolnice, kjer smo razčlenili predvsem možno drugačno ukrepanje med pripravo na presaditev ledvice. Skupni vtis je bil zelo pozitiven, udeležba na šoli je bila nad pričakovanji, vsaj mojimi. Dobro je bilo slišati tudi, da bo kmalu po šoli izšla tudi knjiga z naslovom Presaditev ledvice 2009, kjer bomo imeli vsa predavanja napisana in razložena. Glede na to, da je bila zadnja šola oziroma srečanje o presaditvi ledvice pred petimi leti, je na mestu pohvala organizacijskemu odboru in morda spodbuda, ki jo je bilo slišati tudi s strani udeležencev šole, da bi bilo smiselno razmisliti o ponovitvi že čez krajši čas, recimo čez dve ali tri leta.

Tečaj o presaditvi ledvic so obiskali tudi bolniki s presajeno ledvico.



Poročilo s srečanja

## IX. Kokaljevi dnevi 2009

Marko Drešček

Kot vsako leto, smo tudi letos aprila v Kranjski Gori, v Hotelu Kompas, izvedli Kokaljeve dneve, tokrat že devete po vrsti. Udeležencev je bilo skoraj 180, prišli so iz vse Slovenije. Kot vsako leto, je bilo poleg zdravnikov prijavljenih tudi precej drugih zdravstvenih delavcev – zdravstvenih tehnikov, medicinskih sester, reševalcev... Za to skupino naših sodelavcev smo letos prvič organizirali tečaj snemanja EKG-ja za podaljšanje licence.

Teme so bile zanimive in aktualne, zato so bila predavanja do zaključka srečanja dobro obiskana. Tudi letos so poleg omenjenega tečaja snemanja EKG-ja navdušile praktične vaje, ki so redkost na tovrstnih srečanjih zdravnikov družinske medicine.

Srečanje smo ponovno organizirali člani Sekcije mladih zdravnikov družinske medicine (SMZDM), pri čemer nam je kot vsako leto velikodušno pomagal energije polni domačin, prim. prof. dr. Janko Kersnik, za kar se mu iskreno zahvaljujemo. Večina predvanih prispevkov je obširneje predstavljena tudi v zborniku, katerega urednika sta bila Zalika Klemenc Ketiš in Marko Drešček. Zdravniška zbornica Slovenije je srečanju dodelila 11 kreditnih točk.

Letos smo se že navadili na krajši, dvodnevni, a bolj strnjen program. Obravnavali smo za zdravnike družinske medicine, sekundarije, študente medicine, reševalce ter medicinske sestre zanimive teme. Posamezni sklopi so obravnavali teme z naslednjih področji: fitoterapija, kakovost življenja s KOPB, benigna hiperplazija prostate in urgentna stanja v urologiji, nevropatična bolečina, bipolarna motnja, zdravljenje hipertenzije pri bolniku s sladkorno boleznijo ter praktične vaje iz TPO in imobilizacije.

Prvi dan srečanja, v petek, 3. aprila, so z rahlo provokativno temo navzoče predramili člani družinskega gledališča Kolenc, takoj za kratkimi pozdravi organizatorja Marka Dreščka pa smo se lotili strokovnih tem. Posamezne sklope so s prvim predavanjem začeli zdravniki specialisti družinske medicine, nato pa so ga v nadaljnjih predavanjih nadgradili klinični specialisti drugih strok. Po zaključenih predavanjih vsakega sklopa je sledila razprava s slušatelji.

Uvodni sklop o fitoterapiji je moderiral Marko Drešček. Zalika Klemenc Ketiš je predstavila pasti in dileme v ambulanti zdravnika družinske medicine v primerih, ko bolniki uporabljajo fitoterapijo, Matija Tomšič pa nam je nazorno prikazal več vidikov osteoartrtoze. Seznanili smo

se z etiologijo, klinično sliko in zdravljenjem. Hkrati s predavanji je potekal tudi vzporedni program - delavnica »Snemanje elektrokardiograma« za medicinske sestre in zdravstvene tehnike ter reševalce. Delavnica je veljala tudi za dodelitev kreditnih točk za podaljšanje njihovih poklicnih licenc. Delavnice je vodila Ester Škerjanc, dipl. m. s.

V drugem sklopu z naslovom »Kakovost življenja bolnikov s KOPB« je bila moderatorka Zalika Klemenc Ketiš. Prepoznavanje bolnika s KOPB v ambulanti družinske medicine je predstavil Marko Drešček, Matjaž Turel pa je predaval o glavnih ciljnih zdravljenjeh KOPB. Alenka Trop Skaza je jedrnatno osvetlila pomen cepljenja proti pnevmokoknim okužbam, sklop pa smo zaključili s predvajanjem videointervjuja bolnice s KOPB, tako da smo tipično bolnico videli in slišali še »v živo«.

V tretjem sklopu se je kot moderatorka predstavila Janja Ojsteršek, tema pa je bila benigna hiperplazija prostate in urgentna stanja v urologiji. Suzana Kert je predstavila obravnavo boleznih prostate v ambulanti družinskega zdravnika. Andrej Kmetec je nadaljeval z urgentnimi stanji v urologiji, predvsem z udarnimi slikami nekaterih svojih primerov, s katerimi se je srečal v svoji praksi, pa je poskrbel, da je slušatelj občasno zastal dih, v predelu »tam spodaj« pa smo moški udeleženci občasno začutili hudo neprijeten občutek..., predvsem ob slikah primerov, ki se niso dobro končali. Ciril Oblak je z zanimivo

Praktične vaje





Praktične vaje

predstavitvijo teme o benignem povečanju prostate ter vprašanih in razpotjih, ki se ob tem porajajo, nato še dodobra razgibal in razvedril občinstvo, ki se je po koncu sklopa prešerne volje odpravilo na zasluženi odmor.

Po odličnem kosilu so sledile praktične vaje. Natančno so nam jih prikazali zdravniki in reševalci iz PHE Maribor in PHE Kranj, nato pa smo se v praktičnih veščinah preizkusili še sami. Delavnic je bilo več, obravnavali smo naslednje teme: Oskrba hude krvavitve; Oskrba delnih in popolnih amputacij; Imobilizacija zgornjih okončin; Imobilizacija spodnjih okončin; Analgezija in sedacija pri politravmi; Alternativna oskrba dihalne poti; TPO odraslih z AED; TPO otrok, kdaj uporabiti AED? Udeleženci so bili s prikazanim zelo zadovoljni, kar nam je vzpodbuda za nadaljevanje tradicije in njeno nadgradnjo v prihodnjih letih.

Po zaključku strokovnega programa je sledila tradicionalna večerja s plesom, kjer smo se udeleženci srečanja ravno tako tradicionalno zelo dobro odrezali. Drugi dan srečanja, v soboto, 4. aprila, smo pričeli s sklopom obravnave bolnika z nevropatsko bolečino, ki ga je moderirala Zalika Klemenc Ketiš. Aleksander Stepanovič nam je prikazal primer bolnika z nevropatsko bolečino v ambulanti družinskega zdravnika, Simon Podnar pa je osvetlil nevropatsko bolečino pri žariščnih nevropatijah. Podrobnosti v zvezi z vlogo topične terapije nevropatske bolečine nam je predstavil Gorazd Požlep.

V sklopu o bipolarni motnji nam je Lea Gril Jevšek prikazala obravnavo bolnika z bipolarno motnjo v ambulanti družinskega zdravnika. Nuša Konec Juričič je podrobno predstavila program »Krepitev duševnega zdravja in preprečevanje samomora«, ki so ga razvili na Zavodu za zdravstveno varstvo Celje, Jure Koprivšek pa je ponazoril obravnavo bipolarni motnje z vidika psihiatra. Sklop je vodila Ljubica Kolander Bizjak. Naslednjega, o obravnavi hipertenzije pri bolniku s sladkorno boleznijo, je moderirala Lea Gril Jevšek. Ljubica Kolander Bizjak je zelo zanimivo predstavila raziskavo »Pogostost pridruženih stanj pri bolniku s sladkorno boleznijo«, ki jo je izvedla med svojimi vpisanimi zavarovanci. Sledila sta Rok Accetto s

predavanjem o zdravljenju arterijske hipertenzije pri bolniku s sladkorno boleznijo in Barbara Salobir, ki je prejšnje predavanje nadgradila in prikazala zdravljenje arterijske hipertenzije pri bolniku z zapleti sladkorne bolezni.

Pred slovesom smo imeli še sestanek SMZDM, na katerem so sodelovali najvztrajnejši še prisotni mladi zdravniki. Predstavili smo minule dogodke in projekte ter povabili udeležence k aktivnemu sodelovanju. Letos jeseni bodo predstavniki sekcije sodelovali na srečanju WONCA v Baslu, na predkonferenci skupine Vasco da Gama v istem mestu, drugo leto pa bomo ponovno organizirali X., tradicionalne Kokaljeve dneve. Porodile so se ideje o tem, da bi srečanje postalo nekakšno vse-slovensko srečanje specializantov in mladih specialistov družinske medicine. Na novo bi en sklop namenili tudi predstavitev diplomskih specialističnih nalog, ki jih kandidati z veliko zavzetostjo pripravijo pred specialističnim izpitom in je škoda, da le-te ne doživijo večje predstavitve. Pozvali bomo kandidate, da jih predstavijo kolegom – tako bomo hkrati popularizirali znanstvenoraziskovalno delo ter kolegom predstavili zanimiva področja raziskovanja. Novost bo tudi možnost varstva za naše najmlajše in prostočasne aktivnosti za partnerje med samim srečanjem, naše najdražje pa bomo vključili tudi v petkov večerni zabavni program. Tako bomo partnerjem približali del našega strokovnega dela, ob tem pa otrok ne bomo prikrajšali za redke trenutke s starši. V primeru zadostnega števila zainteresiranih bomo v soboto, po zaključku srečanja, za udeležence in njihove družine organizirali še izlet v naravo.

Sledil je še pozdrav najvztrajnejšim ter slovo. Tudi letošnji Kokaljevi dnevi so dokaz, da so srečanja zdravnikov družinske medicine teoretično zanimiva, praktično razgibana in predvsem poučna. Upamo, da se bo glede na načrtovane novosti drugo leto na srečanju zbralo še več mlajših kolegov, saj si obetamo prijetno druženje ter združen strokovnega dogajanja z vzpostavitvijo in krepitvijo poznanstev in prijateljstev med družinami udeležencev.



# Sindrom razdražljivega črevesa

Rok Orel

V predzadnji številki revije Isis sem pisal o funkcionalnih motnjah prebavil (FMP) ter vlogi črevesne mikroflore pri njihovem nastanku. Tokrat pa bi podrobneje opisal eno najpogostejših FMP, sindrom razdražljivega črevesa (SRC).

## Uvod

Za sindrom razdražljivega črevesa so značilne trebušne bolečine ali nelagodje, ki so mu pridružene spremembe v pogostnosti odvajanja in/ali trdoti blata. Natančni kriteriji za postavitev diagnoze so prikazani v **Tabeli 1**. Pogosto so navzoči še drugi simptomi, npr. napenjanje ob odvajanju, nezadržna potreba po takojšnjem odvajanju, občutek nepopolne izpraznitve danke, primesi sluzi na blatu, napihnjenost trebuha in močni vetrovi. Glede na prevladujočo obliko (trdnost) blata, lahko SRC (angl. irritable bowel syndrome – IBD) razdelimo na tri oblike: s prevladujočo drisko (IBD-D), s prevladujočim zaprtjem (IBD-C), z izmenjujočima se drisko in zaprtjem (IBD-M) (**Tabela 2**). Pri delitvi v oblike predlagajo upoštevanje trdote blata in ne pogostosti odvajanj, saj je znano, da lahko ljudje z izrazito trdim blatom in zaprtjem čutijo pogost poziv k odvajanju in obratno, da se lahko bolniki z drisko včasih ob odvajanju napenjajo. Razdelitev SRC v posamezne oblike je uporabna tako pri raziskovalnem delu kot pri odločanju o najučinkovitejši obliki zdravljenja.

Ocenjujejo, da ima SRC od 14 do 24 odstotkov žensk in od 5 do 19 odstotkov moških. Razlike v pogostnosti med spoloma pripisujejo hormonsko pogojenim razlikam v občutenju bolečine, različni stopnji sinteze serotonina v možganih, predvsem pa kulturno pogojeni večji pozornosti žensk za zdravstvene težave in večji skrbi za zdravje ter s tem pogostejšemu koriščenju zdravstvenih storitev. Pri mlajših osebah je pogostejša oblika s prevladujočo drisko, pri starejših pa z zaprtjem. Čeprav večina ljudi z blažjo klinično sliko verjetno ne išče zdravniške pomoči, pa so ugotovili, da je SRC v ZDA vzrok za 12 odstotkov obiskov pri splošnih ali družinskih zdravnikih in za kar 28 odstotkov obiskov pri gastroenterologih. Raziskave so pokazale, da SRC pomembno vpliva na oceno z zdravjem povezane kakovosti življenja, da je pogost vzrok za izostanke z dela in iz šole in da samo v osmih najbolj gospodarsko razvitih državah za

diagnostiko in zdravljenje teh bolnikov porabijo letno 41 milijard dolarjev.

## Patofiziologija

Za pojav simptomov SRC je odgovornih več dejavnikov, ki se med seboj prepletajo. Pri nekaterih, a ne vseh, bolnikih s SRC so ugotovili nenormalno motorično aktivnost ozkega in širokega črevesa. Pri bolnikih z zaprtjem je lahko podaljšan čas prehoda črevesne vsebine v ozkem in zlasti v širokem črevesu, obratno je ta čas lahko skrajšan pri bolnikih z drisko. Med količnimi bolečinami so znanstveniki zaznali bodisi skupke kontrakcij jejunuma ali »orjaške« peristaltične kontrakcije ileuma. Pri veliko bolnikih je navzoč prekomeren odziv na t.i. gastrokolični refleksi; zaužitju hrane sledi močno krčenje distalnega kolona. Tudi pri zdravih osebah, bolj izrazito pa pri bolnikih s SRC, lahko psihični pritiski povečajo krčljivost širokega črevesa. Vendar pa nobena od omenjenih sprememb v motoriki črevesja ni patognomonična.

Pri veliko bolnikih s SRC je navzoča t.i. visceralna preobčutljivost na različne fizikalne in kemijske dražljaje. Receptorji v črevesni steni so preko aferentnih nevronov avtonomnega črevesnega živčnega sistema povezani z internevroni in eferentnimi nevroni istega sistema, kar ima za posledico refleksne aktivnosti črevesa, preko simpatičnega in parasimpatičnega sistema pa z osrednjim živčevjem. Mehanoreceptorji so občutljivi na krčivte in sprostitve črevesne stene in raztezanje črevesa. Ločimo počasne receptorje, ki se aktivirajo ob normalnih dražljajih, in hitre receptorje, ki jih spodbudijo le močni dražljaji, npr. močne črevesne kontrakcije.

Drugi tip receptorjev predstavljajo t.i. polimodalni receptorji, ki jih vzpodbudijo mehanski, kemični in osmotski dražljaji in so pomembni za zaznavanje bolečine. Njihove povezave z osrednjim živčnim sistemom potekajo po istih poteh kot somatski bolečinski nevroni. Draženje črevesnih receptorjev preko črevesnega živčnega sistema sproži viscerovisceralne reflekse, ki nadzirajo pretok črevesne vsebine. Preko

## Zdravnik : terapevt

Nina Mazi

Ko bolniki razmišljajo o zdravljenju – odpravljanju in lajšanju tegob, ki jih pestijo, se praktično nihče ne vpraša, v čem je zdravnik boljši od terapevta in kaj terapevt dela bolje kot zdravnik... O tem ne razglabljaajo niti zdravniki, ki svoj prednostni položaj praviloma argumentirajo s priznано formalno izobrazbo in strokovnimi izkušnjami na svojem področju. Poglobljena primerjalna analiza med obema poklicema bi koristila tako zdravnikom kot tudi terapevtom, predvsem pa bolnikom. In kaj so ugotovili strokovnjaki, ki so pod drobnogled vzeli oba poklica? Prednost zdravnika je v tem, da ima uradno potrdilo o splošno priznani in veljavni strokovni izobrazbi in usposobljenosti za svoje delo, da je pristojen in odgovoren za skrb za splošno telesno, duševno in socialno blagostanje ljudi, da ga pri delu podpira, spodbuja in mu pomaga stroka ipd. Kaj pa terapevt? Strokovnjaki med njegove adute uvrščajo naslednja dejstva: človeka obravnava celostno, si vzame dovolj časa, mu posveti dovolj pozornosti, si prizadeva za vzpostavitev zaupanja, je prijazen, pozoren, sproščen in dobrohoten. Bolniku pokaže, da je dobrodošel, ga poslušša, mu ponudi terapevtski pogovor in si prizadeva za odkrit, konstruktiven dialog. Odkljuje ga sposobnost optimalne komunikacije in potrpežljivega poslušanja tar sprotne analize dobljenih dejstev, podatkov in informacij. Metode komplementarne medicine, ki jih uporabljajo terapevti, pa večina bolnikov (uporabnikov) šteje za bolj naravne in manj škodljive – organizmu bolj prijazne in koristne od iatrogenih. Zanimivo pa je tudi, da je stopnja stresa, ki ga bolnik doživlja pred obiskom pri terapevtu, nižja od tiste, ki mu ga povzroča obisk pri zdravniku akademske medicine, da o zobozdravnikih sploh ne govorimo.

Vira: Psychology Today, Salute

teh refleksov poteka tudi nadzor delovanja na oddaljenih mestih. Tak primer je že omenjeni gastrokolični refleks. Aktivacija aferentnih nevronov v črevesu lahko poleg motoričnega odziva sproži tudi sekretorni odziv v črevesu ali celo na oddaljenih mestih, npr. sproščanje adrenalina v nadledvičnici ali opiatnih peptidov v osrednjem živčevju. Informacije iz prebavil se v osrednjem živčevju združujejo z informacijami iz drugih delov telesa in iz okolja. Pri tem igra osrednjo vlogo hipotalamus in le malo teh informacij prodre do možganske skorje.

Vendar pa nekateri od dražljajev iz črevesja vplivajo tudi na zavestne zaznave v možganski skorji, npr. raztezanje želodca in danke povzročajo občutek sitosti oz. potrebe po odvajanju. Po oceni znanstvenih raziskav je visceralna preobčutljivost navzoča pri okrog 60 odstotkih bolnikov s SRC. Pri osebah z visceralno preobčutljivostjo nastopijo refleksni odzivi pri nižji stopnji raztezanja črevesa, že običajno raztezanje črevesa pa lahko povzroči tudi bolečinski dražljaje. Visceralna preobčutljivost naj bi bila značilna zlasti za bolnike, pri katerih prevladuje driska, medtem ko bi naj bila pri nekaterih bolnikih z zaprtjem visceralna občutljivost celo manjša kot pri zdravih ljudeh.

Informacije iz črevesa potujejo v možgane in vplivajo na dogajanje v njih. Po drugi strani pa tudi dogajanja v centralnem živčevju vplivajo na črevesje. Govorimo o povezavi ali osi možgani–črevo. Bolečinski dražljaji iz črevesa preko talamusa potujejo v prefrontalno možgansko skorjo, zlasti v sprednji cingularni predel. Ta predel je pomemben za čustveno zaznavo bolečine oz. trpljenja. Bolniki s poškodbo ali odstranitvijo cingularnega predela možganov sicer zaznavajo bolečino, a jih ne moti. Prefrontalna skorja je ključna za spomin na bolečino, njeno razumevanje in smiseln odziv nanjo. Cingularni predel možganov je del limbičnega sistema, ki je ključen pri nastanku čustev. Tudi to je morda eden od vzrokov, da se bolniki s SRC počutijo bolj bolni, kot bi pričakovali glede na dejansko pomembnost simptomov.

Po drugi strani pa čustva, npr. anksioznost ali depresivnost, lahko pomembno vplivajo na zaznavanje aferentnih dražljajev iz črevesa. Psihični stresni dejavniki sprožajo izločanje kortikotropin sproščajočega dejavnika (angl. corticotropin releasing factor – CRF). Dokazano je, da CRF poveča občutljivost črevesnih nevronov na dražljaje in povečuje

motorično aktivnost črevesa. Znano je, da lahko možgani inhibirajo bolečino, pri čemer igrajo ključno vlogo opioidni peptidi enkefalini. Pri nekaterih bolnikih s SRC je takšna inhibicija bolečinskih dražljajev verjetno motena.

Pri številnih bolnikih s SRC so našli v črevesni sluznici povečano število celic, ki sodelujejo pri vnetju. Znano je, da se simptomi SRC pogosto pojavijo po črevesni infekciji in da so pogostejši pri bolnikih z alergijskim vnetjem prebavil ali s kroničnimi vnetnimi črevesnimi boleznimi. Tudi neugodna sestava črevesne mikroflore lahko spodbuja sluznično vnetje nizke aktivnosti. Pri bolnikih so našli zmanjšano število koliformnih bakterij, bifidobakterij in laktobacilov, več pa je bilo anaerobov, predvsem *E. coli* in bakteroidov. Nekateri raziskave so dokazale tudi pogostejši razrast bakterij v ozkem črevesu. Poskusi na živalskih modelih in raziskave pri bolnikih so pokazali, da vnetno dogajanje vpliva na črevesne reflekse in povečuje visceralno občutljivost preko povezav med črevesnim imunskim in črevesnim živčnim sistemom. Pri nastanku in vzdrževanju črevesnega vnetja nizke aktivnosti so morda pomembni tudi dedni dejavniki, npr. gensko pogojena stopnja sinteze različnih vnetnih citokinov. Zato je SRC pogostejši med člani iste družine.

Tudi kemični dejavniki lahko poslabšajo simptome SRC. Različne sestavine hrane, predvsem neprebavljeni disaharidi, npr. mlečni sladkor pri pomanjkanju črevesne laktaze, ter endogene snovi, kot so neresorbirane žolčne kisline in kratkoverižne maščobne kisline, spodbujajo črevesni živčni sistem in posledično večajo gibljivost črevesa, zlasti širokega. Zmotno je mišljenje, da pri laktozni intoleranci ali uživanju laktuloznih odvajal driska nastane zaradi osmotskega učinka. Bakterije v kolonu presnovijo disaharide v kratkoverižne maščobne kisline, te pa spodbudijo črevesni živčni sistem. Tak učinek je nevšečen pri bolnikih z drisko, pri bolnikih, pri katerih prevladuje zaprtje, pa je seveda zaželen in je lahko del zdravljenja. Črevesne bakterije so pomemben dejavnik pri nastanku in razgradnji črevesnih plinov. Vemo, da so napihnjenost trebuha in močni vetrovi pogosti simptomi SRC. Ni povsem jasno, ali je ključni dejavnik pri nastanku teh simptomov prekomerna tvorba plinov kot posledica nesorazmerja med različnimi vrstami črevesnih bakterij ali neučinkovito odstranjevanje plinov zaradi motene črevesne gibljivosti in preobčutljivost na raztezanje črevesa zaradi plinov.



## Diagnostika in zdravljenje

V t.i. rimskem procesu za oblikovanje klasifikacije, diagnostike in zdravljenja funkcionalnih motenj prebavil je delovna skupina za SRČ soglašala, da pri bolnikih, katerih simptomi ustrezajo kliničnim kriterijem za SRČ in nimajo alarmnih simptomov, ni potrebna podrobnejša diagnostika. Med alarmne simptome, ki terjajo natančnejšo, predvsem endoskopsko diagnostiko, sodijo krvavitev iz danke, povišana telesna temperatura, povišana sedimentacija eritrocitov, izguba telesne teže in zastoj rasti pri otrocih ter pozitivna družinska anamneza na organske bolezni prebavil, kot so karcinom ali kronične vnetne črevesne bolezni.

Pri zdravljenju bolnikov s SRČ je najpomembnejše, da se med bolnikom in zdravnikom vzpostavi kakovosten in zaupanja poln odnos. Bolnika moremo seznaniti o funkcionalni naravi njegovih težav in pregnati neupravičen strah, da ima nevarno bolezen. Na bolniku razumljiv način moramo pojasniti znane mehanizme nastanka bolezni in možnosti njenega zdravljenja ter tudi vpliv psihogenih dejavnikov na potek bolezni. Pomembno je, da si pri zdravljenju skupaj z bolnikom zastavimo realističen cilj, npr. pomembno zmanjšanje najbolj motečih simptomov, ne pa, da pri bolniku budimo lažna pričakovanja, da bodo vsi simptomi povsem izginili, čemur sledi ponavadi razočaranje in odvrnitev bolnika od zdravnika.

Čeprav pri veliki večini bolnikov s SRČ prehrana ne igra pomembne vloge in lahko bolniki uživajo običajno zdravo hrano, poznamo nekaj izjem. Pri bolnikih s prehransko alergijo ali intoleranco na disaharide je učinkovito izogibanje živilom, ki jim škodijo. Čeprav so prehranske vlaknine v naravni obliki ali v obliki zdravil, npr. laktuloze, eno izmed tradicionalnih zdravljenj pri bolnikih s SRČ, pri katerem prevladuje zaprtje, pa rezultati metaanaliz kažejo na njihovo majhno učinkovitost. Uživanje vlaknin pri večjem številu bolnikov sicer zmanjša čas prehoda črevesne vsebine in nekoliko ublaži simptome zaprtja, ne vpliva pa na jakost in pogostnost trebušnih bolečin, ki so za večino bolnikov najbolj moteč simptom. Pri nekaterih bolnikih pa lahko zaradi uživanja velike količine vlaknin pride celo do poslabšanja simptomov. Prekomerna bakterijska fermentacija in posledična proizvodnja plinov lahko povzročijo napihjenost, poslabšanje bolečin in moteče vetrove.

V vrsti kliničnih raziskav so dokazali, da lahko uživanje nekaterih probiotikov pomembno zmanjša simptome SRČ. Probiotiki vplivajo na sestavo črevesne bakterijske flore in izboljšajo njen metabolizem. Preprečujejo razrast in učinkovanje potencialno škodljivih vrst bakterij. Poleg tega sodelujejo pri nadzoru delovanja črevesnega imunskega sistema in zmanjšujejo proizvodnjo vnetnih citokinov, kar je lahko pomembno pri bolnikih, kjer stalno navzoče vnetje nizke aktivnosti trajno draži črevesno živčevje. Nekatere vrste probiotikov lahko vplivajo, verjetno preko svojih presnovnih produktov, na gibljivost črevesa zaradi stimulacije črevesnega živčevja. Zmanjša se proizvodnja plinov, občutek napihjenosti in nihanje obsega trebuha.

Čeprav so metaanalize raziskav zdravljenja SRČ s probiotiki dokazale njihovo učinkovitost, pa se moramo zavedati, da niso učinkoviti vsi probiotiki. Zato moramo bolnikom priporočiti uporabo tistih, katerih učinkovitost je bila dokazana s kakovostnimi kliničnimi raziskavami. Zelo pomembno pa je dejstvo, da pri zdravljenju s probiotiki ni pomembnih neželenih učinkov in je njihova uporaba izredno varna.

Pri bolnikih s hudimi simptomi, ki zelo vplivajo na kakovost življenja, se lahko odločimo tudi za zdravljenje z zdravili.

Antagonisti serotoninskih 5-HT<sub>3</sub> receptorjev podaljšajo čas prehoda črevesne vsebine skozi ozko in široko črevo, zmanjšujejo črevesno sekrecijo, posledično se zveča trdota blata in zmanjša frekvenca odvajanj. Poleg tega preko delovanja na receptorje v osrednjem živčevju zmanjšujejo občutljivost za visceralno bolečino. Najbolj raziskan je učinek alosetrona, ki je bil v ZDA registriran za bolnice s SRČ s prevladujočo drisko, a je zaradi relativno velikega števila primerov hudega zaprtja in ishemičnega kolitisa, dveh najpomembnejših mogočih stranskih učinkov, sedaj na voljo le za predpisovanje v omejenih programih. Podobni zdravili sta še cilansetron in ramosetron, ki pa nista registrirana za uporabo pri bolnikih s SRČ.

Antagonisti serotoninskih 5-HT<sub>4</sub> receptorjev zmanjšajo izločanje neurotransmiterjev, ki povečujejo peristaltiko in bi lahko na ta način zmanjšali simptome SRČ z drisko. Tako zdravilo je piboserod, ki pa je še v fazi kliničnega preizkušanja.

Agonisti serotoninskih 5-HT<sub>4</sub> receptorjev v nasprotju z antagonisti večajo sproščanje ekscitatornih neurotransmiterjev v črevesu, predvsem acetilholina, in tako povečujejo mišični tonus in peristaltično aktivnost črevesa ter sekrecijo elektrolitov. Metaanaliza učinkov tegaseroda, ki sodi med agoniste 5-HT<sub>4</sub>, je pokazala, da je pri bolnikih s SRČ s prevladujočim zaprtjem prišlo do pomembnega zvečanja pogostnosti odvajanj in zmanjšanja trdote blata, trebušnih bolečin in izboljšanja splošnega počutja. Zaradi porasta pogostnosti miokardnega infarkta, nestabilne angine pectoris in možganske kapi pri bolnikih, ki so uporabljali tegaserod, pa je zdravilo trenutno na voljo le v sklopu raziskovalnih programov.

Zdravili z agonističnim učinkom na 5-HT<sub>4</sub> in antagonističnim učinkom na 5-HT<sub>3</sub> receptorje sta renzapridel in mosaprid. Njuna uporaba povzroča skrajšanje časa prehoda črevesne vsebine, povečanje pogostnosti iztrebljanj in zmanjšanje trebušne bolečine. Zaenkrat raziskave, razen občasne driske, niso pokazale pomembnejših neželenih učinkov.

Klonidijwn je agonist  $\alpha_2$  adrenergičnih receptorjev, ki podaljšuje čas prehoda črevesne vsebine. Zdravilo, ki se sicer uporablja za zdravljenje arterijske hipertenzije, je še v fazi preizkušanja pri zdravljenju SRČ s pogostimi driskami. Pomembnejši neželeni učinki so zaspanost, vrtoglavica, občutek suhih ust in zlasti hipotenzija.

Somatostatin in njegov analog oktreotid aktivirata somatostatinske receptorje tipa 2 in zmanjšata visceralno občutljivost ter podaljšata čas prehoda črevesne vsebine. Glavna ovira za njuno uporabo v praksi je intravensko dajanje.

Opioidna zdravila, kot sta alvimopam in asimadolin, delujejo na opioidne receptorje, ki se nahajajo v črevesnem živčevju, spinalnih bolečinskih poteh in v osrednjem živčevju. Proti pričakovanjem pa v kliničnih raziskavah niso dokazali pomembnega zmanjšanja trebušnih bolečin pri bolnikih s SRC. Klasični antidiaroič loperamid, ki je sintetični opioid, sicer zmanjša črevesno gibljivost in povečuje resorpcijo vode in elektrolitov, ne vpliva pa na pogostnost trebušnih bolečin pri bolnikih s SRC.

Kortikotropin sproščujoči hormon (CRH) ima pomembno vlogo pri regulaciji črevesne motorike in senzibilnosti. V velikih količinah se sprošča pri stresu, zato intenzivno raziskujejo možnosti uporabe antagonistov CRH-receptorjev pri zdravljenju SRC.

Aktivatorji kloridnih kanalov, kot je lubiproston, povečujejo črevesno sekrecijo in gibljivost ter tako zmanjšujejo simptome pri bolnikih s SRC s prevladujočim zaprtjem.

Antidepresivi se že dolgo uporabljajo za zdravljenje hudih oblik SRC, čeprav natančen mehanizem njihovega delovanja ni znan. Pomembni so zlasti pri bolnikih s psihičnimi motnjami, ki potencirajo simptome SRC, morda pa tudi neposredno vplivajo na črevesno gibljivost preko modifikacije aktivnosti drugih živčnih prenašalcev. Metaanaliza učinkovitosti je pokazala zmeren učinek pri bolnikih s SRC. Čeprav lahko nekateri bolniki ob uporabi antidepresivov občutijo izrazito izboljšanje črevesnih simptomov, pa je omejujoč dejavnik relativno veliko število neželenih učinkov.

Spazmolitike delimo na antiholinergike/antagoniste muskarinskih receptorjev in neposredne relaksante gladkih mišic. Metaanaliza je dokazala omejeno učinkovitost le enega izmed njih, octylonium bromida. Poleg tega so pri uporabi spazmolitikov neželeni učinki relativno pogosti. Zato ne sodijo v prvi izbor zdravil za SRC.

V fazi raziskav je uporaba specifičnih benzadiazepinskih zdravil, npr. dekstofizopana, ki morda zmanjšujejo simptome SRC.

Pri bolnikih, ki imajo izrazita poslabšanja simptomov ob psihičnih obremenitvah ali imajo psihiatrične motnje, je učinkovito dopolnilno psihoterapevtsko zdravljenje.

Če povzamem: pri zdravljenju SRC ima najpomembnejšo vlogo pogovor in osveščanje bolnika o nevšečni toda nenevarni naravi motnje. Ključno je zaupanje in dobro sodelovanje med zdravnikom in bolnikom. Pri nekaterih bolnikih je lahko učinkovito izogibanje živilom, ki pogosto povzročijo pojav simptomov, večina bolnikov pa ne potrebuje diete. Specifični probiotiki, katerih učinkovitost je potrjena s kakovostnimi kliničnimi raziskavami, so lahko koristno in varno dopolnilo k zdravljenju. Zdravljenje z zdravili je

omejeno le za bolnike z najtežjimi oblikami SRC. Izsledki preizkušanja nekaterih zdravil, npr. antagonistov 5-HT<sub>3</sub> receptorjev pri bolnikih s prevladujočo drisko in agonistov 5-HT<sub>4</sub> receptorjev, kažejo na njihovo učinkovitost, njihovo uporabo pa omejujejo pomembni neželeni učinki. Klasična zdravila, kot so spazmolitiki in antidiaroič, imajo majhen vpliv na celotno zmanjšanje simptomov SRC. Pač pa so antidepresivi in psihoterapevtske tehnike lahko učinkoviti pri bolnikih s poudarjeno psihogeno in od psihičnega stresa odvisno komponento bolezni.

### Tabela 1: Diagnostični kriteriji za postavitev diagnoze sindrom razdražljivega črevesa po tretji rimski klasifikaciji

Ponavljajoča trebušna bolečina ali nelagodje vsaj tri dni mesečno v zadnjih treh mesecih v povezavi z vsaj dvema od naslednjih simptomov:

1. olajšanje po odvajanju blata
2. spremenjena pogostost odvajanja blata
3. spremenjena trdota blata

### Tabela 2: Oblike sindroma razdražljivega črevesa

1. SRC z zaprtjem (IBS-C): trdo blato ali »bobki« v  $\geq 25\%$  odvajanj in kašasto ali tekoče blato v  $< 25\%$  odvajanj
2. SRC z drisko (IBS-D): kašasto ali tekoče blato v  $\geq 25\%$  odvajanj in trdo blato v  $< 25\%$  odvajanj
3. Mešana oblika SRC (IBS-M): trdo blato ali »bobki« v  $\geq 25\%$  odvajanj in hkrati kašasto ali tekoče blato v  $\geq 25\%$  odvajanj
4. Nevrščena oblika: premajhna pogostost nenormalne trdote blata za uvrstitev v ostale oblike

Za ugotavljanje trdote blata priporočajo uporabo bristolске lestvice s sedmimi stopnjami. 1. stopnja je najtrše blato v obliki »bobkov«, 2. trdo blato v obliki »klobase«, v kateri pa je že vidna trda grudasta struktura, 6. stopnja je kašasto do tekoče blato, ki pa se še drži skupaj, a ima nacefrane robove, 7. pa je povsem tekoče blato.

### Izjava o konfliktu interesov

Doc. dr. Rok Orel, dr. med., avtor članka Sindrom razdražljivega črevesa, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na pobudo podjetja Danone, ki se je v letih od 2008 do 2010 zavezalo za sodelovanje s Svetovno gastroenterološko organizacijo z namenom osveščanja javnosti o funkcionalnih motnjah prebavil. Članek ne vsebuje reklamnih sporočil in navedb, ki bi se neposredno dotikale sponzorjevih izdelkov.

Mednarodni simpozij

# Kirurgija epilepsije v pediatričnem obdobju

Natalija Krajnc

V Lyonu je od 3. do 6. maja 2009 potekal drugi mednarodni epileptološki simpozij. Pri obravnavi epilepsij je potrebno sodelovanje multidisciplinarnih timov z različnimi strokovnimi znanji, ki postajajo vse bolj usmerjena in specializirana. Pobuda za tovrstne mednarodne epileptološke simpozije je nastala v treh epileptoloških centrih – v Marburgu (Nemčija), Clevelandu (ZDA) in Lyonu (Francija) – z osnovnim ciljem, da bi strokovnjaki z različnih področij poglobljeno obravnavali posamezna področja moderne klinične in bazične epileptologije.

Leta 2008 je bil prvi simpozij v Marburgu posvečen epilepsijam medialnega senčnega režnja, tokratni drugi simpozij pa je obravnaval teme s področja kirurgije epilepsije v pediatričnem obdobju. Lokalno organizacijo je prevzel Inštitut za otroke in mladostnike z epilepsijo Idee v Lyonu. Da za področje epileptologije vlada velik strokovni interes, je potrdila velika udeležba nevrologov, otroških nevrologov, nevrokirurgov, nevroradiologov, nevropsihologov in raziskovalcev iz 45 držav že na prvem kolokviju. Razvoj novih konceptov in tehnik vodi v vse zgodnejšo in vse pogostejšo uporabo kirurških metod pri zdravljenju epilepsij tudi v otroškem in mladostniškem obdobju.

Podobno ugotavljamo že z lastnimi izkušnjami kirurgije epilepsije otrok in mladostnikov v Sloveniji. Glede na populacijsko majhnost Slovenija nima lastnega centra za kirurgijo trdovratnih epilepsij, bolnike pa po predhodni obravnavi in pripravi v terciarnem Centru za epilepsijo otrok in mladostnikov (Pediatrična klinika, UKC Ljubljana) ali v Centru za epilepsije odraslih (Nevrološka klinika,

UKC Ljubljana) napotimo v ustrezen epileptološki kirurški center v tujini.

Treba je poudariti, da pri kirurgiji epilepsij ne gre za klasično lezionalno nevrokirurgijo, kjer je morda epilepsija le simptom neke druge bolezni (npr. možganskega tumorja, abscesa, travme ipd.), pač pa kirurgijo fokalnih razvojnih nepravilnosti možganov, nizkomalignih razvojnih tumorjev ali celo »nelezionalnih« (MR negativnih) fokalnih sprememb možganovine.

V Centru za epilepsije otrok in mladostnikov smo tako v preteklih dvajsetih letih pri napotitvah lastnih bolnikov sodelovali z različnimi kirurškimi centri v tujini, predvsem v Franciji (Marseille, Paris Rothschild, Paris Ste Anne, Rennes, Grenoble) in Nemčiji (Bielefeld, Vogtareuth, Erlangen, Bonn). V tem času je bilo napoteni 43 otrok in mladostnikov, operiranih 27, trenutno jih je v postopku napotitve 15. Z analizo lastnih rezultatov smo ugotovili pozitivne trende pri skupnem številu napotitev, krajšem trajanju epilepsije pred napotitvijo na kirurgijo in napotitve vse mlajših otrok.

Zanimanje za udeležbo na tem sestanku je bilo v našem centru še posebej veliko, saj smo upravičeno pričakovali veliko zanimivih tem. Udeležili smo se ga zdravniki in nevropsihologa s Kliničnega oddelka za nevrologijo Pediatrične klinike UKC Ljubljana in zdravnica z otroškega oddelka UKC Maribor. Srečanje je potekalo v sklopih, ki so omogočali udeležbo na vsakem od njih, brez prepletanj ali potrebe, da bi izpustili katerokoli od tem. To se je izkazalo za veliko prednost, saj so bili sklopi izredno zanimivi in smiselno povezani, tudi razpravam je bilo namenjeno dovolj časa.

Če vemo, da je prvi vrh pojavljanja epilepsije že v zgodnjem otroštvu, je razumljivo, da se že v tej starosti srečamo s pojmom »trdovratna« epilepsija. Zato je bilo v prvem delu največ govora o opredelitvi pojma **trdovratna epilepsija** in o **epidemiologiji epilepsije** (A. Arzimanoglou, H. Cross, A. Berg, G. Mathern). Prevalenca epilepsije je okrog 1 odstotka, od 20 do 30 odstotkov epilepsij je trdovratnih na zdravliva prvega in drugega izbora, bodisi v monoterapiji ali kombinirani terapiji. V celoti je od 5 do 7 odstotkov bolnikov kandidatov za kirurško zdravljenje.

V nadaljevanju so predavatelji predstavili spekter **epileptičnih encephalopatij in epilepsij s potencialno katastrofnim potekom** (I. Tuxhorn, A. Gupta, J. Pellock, P. Van BoGaert). Tudi pri sindromih, kjer ne pričakujemo žariščnih sprememb v EEG ali nedvomnih žariščnih nenormalnosti na MR možganov, kot npr. pri Lennox Gastaut sindromu, je vedno smiselno iskanje le-teh, saj lahko kažejo, da gre v osnovi za žariščno simptomatsko epilepsijo in s tem tudi za možnost nadaljnega kirurškega zdravljenja. Difuzne spremembe v EEG niso vedno kontraindikacija za kirurgijo, saj pogosto maskirajo žariščne nenormalnosti. Pri sindromu Landau Kleffner (epileptična afazija z agnozijo in pogosto z apraksijo) obetajo možnosti prilagojene kirurške tehnike MST (multiple subpialne transekcije) v senčih regijah, ki prožijo kontinuirane epileptiformne izbruhe. V zaključnem delu prvega dne smo si ogledali **video prikaze nekaterih kirurških tehnik** (O. Delalande, W. Harkness, C. Di Rocco).

Drugi dan srečanja smo nadaljevali s **predkirurško oceno žariščnih epilepsij**. V uvodu so predavatelji podali pregled semiologije napadov pri otrocih, zlasti pri malčkih, kjer praviloma ne srečamo klasičnih generaliziranih tonično-kloničnih napadov. Pogosto lahko iz spremenjenega vedenja le sklepamo na žariščni fenomen (avro) ali pa ga težko prepoznamo, saj ga majhni otroci ne znajo opisati (H. Luders, F. Bartolomei, L. Nobili). Nevropsihološka ocena je v predkirurški oceni izjemnega pomena, ne le pri vrednotenju globalnih sposobnosti, temveč predvsem pri oceni dominanc govora in motoričnih funkcij. Predstavljamo si lahko, kako je ta ocena težavna pri majhnih otrocih, ki še niso sposobni sodelovati v testnih situacijah, kot je na primer funkcionalna MR-preiskava. Zanimivo novo metodo NIRS (»near infrared spectroscopy«) za oceno govorne dominanc je predstavila nevropsihologinja iz Montreala (M. Lassonde).

Predstavljene so bile izkušnje s **sledenjem bolnikov po uspešnem ali neuspešnem kirurškem posegu** ter o

vzdrževanju protiepileptičnih zdravil po posegu. Vse več je tudi izkušenj z reoperacijami po neuspelem prvem posegu, saj neuspeh ne pomeni vedno kontraindikacije za ponovno kirurgijo. V primerih, ko je možno z dodatnim monitoringom natančneje opredeliti epileptogeno regijo in je le-ta v predelu, dostopnem kirurgiji brez dodatnih zapletov, je možen ponoven kirurški poseg (A. Gupta, T. Polster, E. Hirsch).

Popoldanski del je bil posvečen **nenormalnostim kortikalnega razvoja in razvojnim tumorjem** (DNET, gangliogliom). Invazivni monitoring z intrakranialnimi elektrodami pri teh ni vedno potreben, treba pa je oceniti, ali na MR vidna sprememba v resnici predstavlja tudi epileptogeno žarišče, saj je lahko žarišče le na robnem delu spremembe ali pa celo izven nje. V pomoč pri presoji je semiologija z video-EEG posnetimi napadi in sama lokalizacija na MR vidne lezije. Velike kortikalne displazije niso vedno kontraindikacija za kirurgijo prav iz istega razloga, saj je epileptogen morda le manjši areal displazije, ki je dostopen kirurškemu posegu brez večjih tveganj za bolnika (R. Spreafico, P. Kršek, L. Tassi). V teh primerih je v kirurških centrih z invazivnim monitoringom možna natančna opredelitev epileptogene regije.

Z video prikazi smo si ogledali **metode invazivnega monitoringa** z globokimi intracerebralnimi elektrodami (»SEEG«), elektrodami v mrežicah in trakovih (»grids and strips«) ter stimulacijskih tehnik za oceno funkcij priležne možganske skorje in za sprožanje ponovljivih značilnih napadov (G. Lo Russ, P. Jayakar, F. Leijten).

Tretji dan so v dopoldanskem delu sledili prikazi **kirurgije posebnih epileptičnih sindromov** (Rasmussen sindrom, Sturge-Weber sindrom, tuberozna skleroza, hamartom hipotalamusa in porencefalne ciste) in **druge možnosti zdravljenja pri nekiruskih kandidatih**, kot so: vzpodbujevalec vagusnega živca, globoka stimulacija možganov in elektrokoagulacija.

V popoldanskem delu je sledil **prikaz zanimivih kliničnih primerov** slušateljev, ob katerih je potekala še posebno živahna in didaktično zasnovana razprava.

Strokovni del srečanja smo zaključili naslednji dan s pregledom **MR negativnih žariščnih epilepsij in njihovo**

**prepoznavo** ter s pregledom semiologije napadov, značilnih za posamezne možganske režnje (M. Duchowny, A. Fogarasi, Francione, N. Moshe).

V sklopu srečanja je bila organizirana okrogla miza s temo, kako uskladiti **smernice za napotitev in obravnavo otrok za kirurgijo epilepsije**. Helen Cross je podala poročilo Podkomisije za pediatrično kirurgijo epilepsije pri ILAE (International League Against Epilepsy), Onno van Nieuwenhuizen pa izkušnje Evropske mreže za pediatrično kirurgijo epilepsije. Skupina povezanih strokovnjakov iz različnih držav bo v okviru »U-Task« omogočala podporo pri strokovnem razvoju in izobraževanju v državah, ki bodo izrazile potrebo po sodelovanju.

K predstavitvi pobude, **kaj lahko male države storijo na področju kirurgije**, je s svojim pregledom prispeval tudi slovenski predstavnik Igor M Ravnik. Poudaril je, da majhnost države ne pomeni tudi njene zaprtosti, saj z ustreznim multidisciplinarnim znanjem domačih strokovnjakov omogoča povezovanje s kirurškimi centri v drugih državah. Načrtovanje organizacije in logistike sodelovanja predstavlja veliko obremenitev za domače time, pa tudi za bolnike in družine, ki jih spremljajo. V pomoč pri organiziranju in izvedbi takega sodelovanja poleg strokovnjakov pritegujemo tudi laike, v Sloveniji zlasti preko društva Liga proti epilepsiji Slovenije.

Izjemno zadovoljni nad vrhunskimi predavatelji in temami tega srečanja smo se polni vtisov in novih načrtov vračali v Slovenijo in med dolgo nočno vožnjo iz Lyona izčiščevali mnenja. Končno smo ugotovili, da je bil to tudi dragocen čas za naše druženje, saj se nam v natrpanem vsakdanjem ritmu vse prereditko zgodi, da se lahko tako posvetimo izbrani temi.

Kljub rednim domačim epileptološkim konzilijem in epileptološkim delavnicam (tradicionalna Jean Bancaud s sodelovanjem tujih strokovnjakov) je za sledenje in napredek stroke poleg dobrega sodelovanja obeh centrov za epilepsije, Centra za epilepsije otrok in mladostnikov ter Centra za epilepsije odraslih, ki delujeta na dveh lokacijah, tudi v bodoče potrebno aktivno sodelovanje s tujimi centri pri obravnavi najtežjih bolnikov z epilepsijami.

Nekateri slovenski udeleženci simpozija



# Antihistaminiki, inverzni agonisti histaminskih receptorjev

Vesna Glavnik

Histamin je ključni mediator v alergijski reakciji in povzroči večino simptomov pri alergijskem rinitisu in urtikariji. Zato so antihistaminiki, antagonisti receptorjev H1, prvo zdravilo izbora za zdravljenje alergijskega rinitisa in urtikarije. Ker so poleg histamina vpleteni v alergijsko kaskado še drugi mediatorji, je pomembno, da antagonisti receptorjev H1 zavirajo tudi učinke drugih posrednikov alergijskega vnetja.

Raziskave na področju antihistaminikov H1 so dale nove, klinično pomembne informacije o delovanju antihistaminikov na molekularni ravni, imunomodulatornih in antialergijskih učinkih, klinični farmakologiji, varnosti in učinkovitosti pri zdravljenju alergij.

## Imunopatološki mehanizmi

Znaki alergijskega rinitisa se pojavijo po vezavi alergena z zanj specifičnim protitelesom IgE na nosni sluznici. V takojšnjem odzivu si sledijo s protitelesi IgE sprožena degranulacija mastocitov, sproščanje histamina in drugih preformiranih mediatorjev, hitra sinteza levkotrienov in prostaglandinov. Histamin, ki je glavni posrednik alergijskega vnetja v takojšnji reakciji, z delovanjem preko receptorjev H1, povzroči bronhokonstrikcijo, vazodilatacijo in povečano prepustnost žil, kar se v nosu kaže s kihanjem, srbenjem nosu in vodenim izcedkom.

Kasni odziv se pojavi nekaj ur po takojšnjem odzivu in je posledica aktivacije limfocitov T, sproščanja mediatorjev in provnatih citokinov, ki se sintetizirajo v mastocitih in vnetnih celicah. Na endotelijah celicah se poveča število adhezijskih molekul, ki omogočajo migracijo vnetnih celic eozinofilcev in bazofilcev iz žilja na mesto alergijskega vnetja v nosni sluznici. Kasen odziv se kaže z obstrukcijo oziroma občutkom zamašenega nosu.

## Histamin

Histamin je primarni mediator pri takojšnji alergijski reakciji. Biološki učinki histamina so posredovani z aktivacijo štirih različnih receptorjev (H1, H2, H3, H4). Večino stimulatornih učinkov histamina posredujejo receptorji H1, H3 in H4, medtem ko so preko receptorja H2 posredovani inhibitorni učinki.

Histaminski receptor H1 je normalno v aktivni obliki in ima različne fiziološke učinke. Med drugim aktivira nuklearni faktor  $\kappa$ B (NF $\kappa$ B), ki je pomemben modulator

alergijskega vnetja. Nuklearni faktor  $\kappa$ B je transkripcijski faktor, ki aktivira gene, ki vplivajo na specifični imunski odziv in na vnetno reakcijo. NF $\kappa$ B sproži transkripcijo mRNA v limfocitih in preklop v nastajanje protiteles IgE.

Nekateri H1-antihistaminiki inhibirajo osnovno NF $\kappa$ B-aktivnost in s tem stabilizirajo receptor H1 v inaktivnem stanju. Če je receptor v inaktivnem stanju, je zavrt prenos signalov preko histaminskega receptorja. Fenomen se imenuje inverzni agonizem. Agonisti histaminskih receptorjev stimulirajo aktivno stanje v receptorju in inverzni agonisti inaktivno stanje. Antihistaminiki so torej inverzni agonisti histaminskih receptorjev.

Desloratadin je nesedativen dolgodelujoči antihistaminik s selektivnim antagonističnim delovanjem na periferne histaminske receptorje H1 in ima tudi antialergijsko in protivnetno delovanje. Kot inverzni agonist histaminskih receptorjev H1 zavira transkripcijski faktor NF $\kappa$ B, ki ima pomembno vlogo v alergijskem vnetju. Desloratadin inhibira faktor aktivacije trombocitov PAF in preko njega sproženo kemotakso eozinofilcev in s TNF- $\alpha$  sproženo adhezijo eozinofilcev. V številnih študijah so potrdili, da desloratadin zavira sproščanje ali tvorbo številnih vnetnih mediatorjev, vključno z IL-4, IL-6, IL-8, IL-13, PGD2, levkotrien C4, triptazo, histaminom in kemokinom RANTESOM.

## Alergijski rinitis

Desloratadin izpolnjuje zahteve Evropske akademije za alergologijo in klinično imunologijo (EAACI) in smernic ARIA (Alergijski rinitis in njegov vpliv na astmo). Je močan in varen selektivni blokator receptorjev H1. Ima antialergijsko delovanje, nima součinkovanja z drugimi zdravili in hrano, ne vpliva na transport beljakovin v prebavilih ter nima toksičnih učinkov. Ne povzroča sedacije in ne prizadene kognitivnih funkcij. Ima hiter začetek delovanja (znotraj 30 minut) in učinek več kot 24 ur, kar omogoča jemanje zdravila 1-krat dnevno.

Desloratadin je učinkovito zdravilo za zdravljenje sezonskega in celoletnega alergijskega rinitisa, kot tudi intermitentnega ter persistentnega rinitisa, kot ga definirajo smernice ARIA. Pomembno izboljša znake nosne kongestije in alergijskega vnetja oči. Pri bolnikih s sočasno astmo in alergijskim rinitisom izboljša simptome astme.

## Nova grožnja

Nina Mazi

Poleg primarnega in sekundarnega kajenja nekadilce sedaj ogroža še terciarno, ki so ga Američani poimenovali »third-hand smoking«. Nekadilci oziroma pasivni kadilci, ki so dalj časa oziroma pogosto (tudi krajši čas) v bližini aktivnih kadilcev, imajo lahko težave zaradi cigaretne dima in škodljivih snovi – delcev nevarnih snovi, ki se vpijejo v kadilčevo kožo, lase, obleko, obutev in predmete, ki jih kadilec uporablja (papir, tkanina, usnje, les ipd.) ter ostanejo v njih še dolgo potem, ko kadilec neha kaditi oziroma odide iz prostora. Terciarno kajenje najbolj ogroža dojenčke in malčke (predšolske otroke), ostarele, težke bolnike in domače živali.

Vir: Science et Vie

## Stare bolezni

Nina Mazi

Čeprav se razvoj in napredek medicine v zadnjem času odvijata s svetlobno hitrostjo, pa znanstvenikom še ni uspelo odpraviti številnih bolezni, motenj in tegob, ki že stoletja pestijo človeštvo. Mednje poleg kuge, kolere, gobavosti, koz, tuberkuloze in podobnih bolezni sodi tudi alergija. Zapršeni zgodovinski anali pričajo, da se prvi zapiski o preobčutljivosti in alergijskih reakcijah ponašajo s častitljivimi 310 leti – sodijo že v daljno leto 1699. V zadnjih tristo in več letih se je število alergij izredno povečalo (vsaj postoterialo), simptomatika je postala izredno pestra in raznolika, pojavile so se številne nove oblike preobčutljivosti, povečal se je delež preobčutljivih prebivalcev, zneski, ki jih farmacevtska industrija vlaga v razvoj in raziskave, so postali ogromni, znatno pa je porasel tudi davek, ki ga nacionalna gospodarstva od svojega BDP plačujejo zaradi ofenzive te stare bolezni. Za piko na i pa tudi alergiki sami ogromno časa, denarja in energije porabijo za premagovanje težav, povezanih s svojo preobčutljivostjo.

Vir: HealthToday

## Urtikarija

Po odločitvi Evropske agencije za zdravila (EMA) so od aprila 2008 indikacije za zdravljenje z desloratadinom, ki je bil prej namenjen zdravljenju kronične idiopatske urtikarije, razširjene na zdravljenje vseh vrst urtikarije, tako akutne urtikarije kot tudi npr. z mrazom sprožene urtikarije, holinergične urtikarije in urtikarije neznane etiologije.

V skladu s posodobljenimi smernicami Evropske akademije za alergologijo in klinično imunologijo, mreže GA<sup>2</sup>LEN in Dermatološke sekcije so antihistaminiki prvo zdravilo izbora za zdravljenje urtikarij. Pri bolnikih, ki se ne odzivajo zadostno na priporočen dnevni odmerek, EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF-smernice za zdravljenje kronične urtikarije kot prvi korak priporočajo povišan odmerek nesedativnega antihistaminika.

Bolnike z urtikarijo na mraz so v prospektivni s placebom nadzorovani raziskavi zdravili z desloratadinom v odmerku 5 mg in 20 mg dnevno. Poleg pomembnega izboljšanja simptomov urtikarije so dokazali, da desloratadin tudi pri 4-kratnem povišanem priporočenem dnevnem odmerku (20 mg) ne povzroča sedativnih ali drugih neželenih učinkov. Desloratadin v povišanih odmerkih je terapija izbora za bolnike z urtikarijo, ki se ne odzovejo na priporočen odmerek.

## Neželeni učinki

V kliničnih preizkušanjih pri različnih indikacijah za uporabo zdravila, tako za zdravljenje alergijskega rinitisa kot kronične idiopatske urtikarije, so ugotavljali, da je desloratadin nesedirajoč antihistaminik, ki v dnevnem odmerku 5 mg ne vpliva na sedacijo, kognitivne funkcije in psihomotorno prizadetost. Nima

antiholinergičnega učinka. Ob zdravljenju z desloratadinom ne pride do povečanja telesne teže. Nima neželenih učinkov na srce.

Pri kliničnih testiranjih zdravljenja alergijskega rinitisa in kronične idiopatske urtikarije s priporočenim odmerkom desloratadina 5 mg na dan je imelo neželene učinke 3 odstotke več bolnikov v zdravljeni skupini kot bolnikov, ki so prejeli placebo. Najpogostejši neželeni učinki so bili utrujenost (1,2 odstotka), suha usta (0,8 odstotka) in glavobol (0,6 odstotka). V kliničnih študijah pri otrocih v starosti 6 mesecev do 11 let je bilo neželenih učinkov enako kot pri placebo. V skupini otrok, starih od 6 mesecev do 23 mesecev, so bili opisani primeri driske, povišane temperature in insomnije.

V neodvisni raziskavi v Veliki Britaniji, ki je vključevala več kot 24.000 bolnikov z alergijskim rinitisom brez astme, zdravljenih z desloratadinom ali levocetirizinom, so po enem mesecu zdravljenja zabeležili v skupini, zdravljeni z levocetirizinom, pogostejši pojav sedativnih učinkov kot pri bolnikih, zdravljenih z desloratadinom.

Literatura je na voljo pri avtorici.

## Izjava o konfliktu interesov

Prim. Vesna Glavnik, dr. med., avtorica članka Antihistaminiki, inverzni agonisti histaminskih receptorjev, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisala na pobudo podjetja Schering Plough, ki bo v isti številki oglaševal svoj izdelek, ki se je izkazal v raziskavah kot učinkovito zdravilo za zdravljenje alergijskih bolezni. Moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil in je pregled znanstveno potrjenih dejstev.



# Rasilez 150 mg in 300 mg: prvo peroralno zdravilo za zaviranje renina

Matjaž Bunc

Renin-angiotenzin-aldosteronski sistem (RAAS) je hormonski sistem, ki je ključnega pomena za uravnavanje arterijskega krvnega tlaka, elektrolitskega ravnotežja in volumna zunajcelične tekočine v telesu. Od odkritja renina leta 1898 in poznejšega odkritja RAAS so bile narajene številne raziskave o njegovem delovanju in vplivu na fiziološke in patofiziološke mehanizme v različnih organih.

Klasična pot RAAS, ki se začne s sproščanjem renina iz ledvic v krvni obtok, pretvorbo angiotenzina I v angiotenzin II ter vplivom angiotenzina II na sproščanje aldosterona, je splošno poznan fiziološki koncept. Vedno več je dokazov, da je RAAS-sistem bolj kompleksen, kot si ga navadno predstavljamo po predhodno omenjenih fizioloških spoznanjih. Obstajata dva funkcionalno vsaj deloma ločena sistema nastajanja angiotenzina II: znotrajilni in tkivni RAAS. Pomembno povezavo med obema sistemoma predstavljajo molekule renina. Dosedanji načini medikamentoznega uravnavanja aktivnosti RAAS-sistema verjetno še niso optimalni.

Renin je aktivna katalitična molekula, ki se v odvisnosti od renalnega pretoka, ravni angiotenzina II ter aktivnosti angiotenzinskih receptorjev (AT1) sprošča iz ledvic. Renin katalizira pretvorbo angiotenzinogena v angiotenzin I. Angiotenzin I nato angiotenzinska konvertaza (ACE) pretvori v angiotenzin II. Angiotenzin II nato povzroča povišanje žilnega tonusa, sproščanje aldosterona iz nadledvičnice ter

zadrževanje soli in vode v telesu. Pri zaviranju delovanja RAAS-sistema na ravni ACE in AT1 zato nastaja zaradi zmanjšanja učinka negativne povratne zveze več (pro)renina in posledično tudi renina. Dolgoročno zaradi nastajanja večje količine angiotenzina I nastaja tudi več angiotenzina II, kar zaradi kompetitivnega učinka zmanjša učinek zaviralcev ACE in AT1. Dodatno zelo pomembno je tudi spoznanje, da obstaja za renin in prorenin specifičen tkivni receptor. Z vezavo na receptor tudi prorenin katalizira pretvorbo angiotenzina I v angiotenzin II. Z delovanjem na omenjenem receptorju pa prorenin in renin lahko neodvisno od angiotenzina II spodbujata proliferacijo celic in veziva tudi v srčni mišici.

Aliskiren (*rasilez*, *Novartis*) je prvi direktni peroralni zaviralec aktivnosti renina, ki je bil v začetku preizkušen za zdravljenje arterijske hipertenzije. Aliskiren inhibira katalitično aktivnost renina ter s tem zmanjša pretvorbo angiotenzinogena v angiotenzin I. Z zaviranjem aktivnosti renina se lahko doseže zmanjšanje neugodnih učinkov renina in angiotenzina II na tkiva. Dolga plazemska razpolovna doba ( $t_{1/2} = 40$  ur) aliskirena omogoča 24-urno učinkovitost npr. pri uravnavanju arterijskega tlaka. Primarno se aliskiren izloča prek blata v nespremenjeni obliki, 1,4 odstotka se ga metabolizira, v urinu pa se ga izloči do 10 odstotkov. Prilagoditve odmerkov niso potrebne pri bolnikih z blago do hudo okvaro ledvic in jeter.

## Cepivo proti raku

Nina Mazi

• Po dolgih desetletjih raziskav in študij so znanstveniki z nove celine tokrat prepričani, da jim je končno uspel odločilni preboj pri sintezi cepiva proti malignomom. Spodbudno je dejstvo, da je prvi na vrsti pljučni rak, ki terja več življenj kot rak dojke, kolona, prostate in limfnih bezgavk skupaj. V zadnjih 60 letih se stopnja preživetja pri malignomih pljuč ni povečala. Kar 60 odstotkov bolnikov umre v prvih 10 do 12 mesecih po potrjeni diagnozi. S pomočjo najnovejšega cepiva proti raku na pljučih, ki ga izdeluje majhno visokotehnoško farmacevtsko podjetje, pa bi se preživetje z enega leta podaljšalo skoraj na štiri leta (44 mesecev). Novo cepivo proti raku, imenovano lucanix, se je v II. fazi testiranja izkazalo za zelo učinkovito in obetavno. Testirala ga je tudi skupina onkologov na Mary Crowley Medical Research Center v Dallasu, Teksas, ki so nad izsledki proučevanja in poskusov naravnost osupli. Po njihovem prepričanju lahko na področju medicinskih raziskav znanstvenik tako učinkovito odkritje doživi le enkrat v življenju, ali pa še to ne. Zaradi odličnih rezultatov II. faze testiranja je FDA že odobrila nadaljevanje, tako da cepivo v III. fazi že testirajo na prvih pacientih. Na 90 klinikah v ZDA bodo cepivo v tej fazi preizkušali na 700 bolnikih s pljučnim rakom. Vakcina je brez nevarnih stranskih učinkov, le na mestu vboda injekcijske igle se pri nekaterih pojavi blaga rdečica ali oteklina.

Vir: Science

## Aliskiren pri bolnikih z arterijsko hipertenzijo

V dosedanjih kliničnih študijah so preučevali učinke aliskirena v monoterapiji ter v kombinirani terapiji pri zdravljenju arterijske hipertenzije. V študijah so preučevali učinke različnih odmerkov zdravila na arterijski tlak. Ugotovili so, da je smiselni začetni odmerek zdravila 150 mg, dodatni antihipertenzivni učinek pa lahko dosežemo z višjim odmerkom (300 mg).

V monoterapiji so z enkratnimi dnevnimi odmerki aliskirena 150 mg in 300 mg dosegli enakomerno 24-urno kontrolo arterijskega tlaka. Zdravilo je bilo učinkovito tudi pri diabetikih in debelih bolnikih. Učinkovitost aliskirena je bila glede znižanja arterijskega tlaka primerljiva z učinki zaviralcev kalcijevih kanalov (amlodipin 5 mg), ACE-inhibitorji (ramipril 10 mg), zaviralci angiotenzinskih receptorjev (losertan 150 mg, valsartan 320 mg) ter tiazidnih diuretikov (25 mg).

V kombinaciji s tiazidnimi diuretiki, ramiprilom, valsartanom, amlodipinom je aliskiren dodatno znižal arterijski tlak. Učinkovitost kombiniranega zdravljenja je tudi posledica zaviranja aktivnosti renina, katerega koncentracija v serumu naraste po zdravljenju z različnimi antihipertenzivi.

Trenutno poteka program ASPIRE HIGHER, ki vključuje več kot 35.000 bolnikov in preučuje možne vplive zaviranja reninske aktivnosti na različne faze razvoja srčno-žilnih boleznih (kardio-vaskularni continuum). Za dokončne sodbe o vplivih in učinkovitosti zdravila bodo potrebna večletna spremljanja zdravljenih bolnikov. Trenutno so na voljo rezultati kratkotrajnih spremljanj bolnikov.

Študija:

- AVOID (Aliskiren in the Evaluation of Proteinuria In Diabetes) je pri diabetikih s kronično ledvično okvaro dokazala, da je kombinacija aliskirena z losertanom učinkoviteje zmanjšala razmerje izločanja albumin : kreatinin v urinu (UACR), in sicer za dodatnih 20 odstotkov v primerjavi z losertanom, učinek pa ni bil odvisen od znižanja arterijskega tlaka.

- ALOFT (Aliskiren Observation of Heart Failure Treatment) je preučevala učinkovitost aliskirena pri bolnikih s srčnim popuščanjem. Poleg ACE,  $\beta$ -blokatorjev in drugih zdravil so bolniki dodatno 12 tednov prejeli 150 mg aliskirena dnevno. Aliskiren je znižal raven NT-proBNP in izločanje aldosterona v 24-urnem urinu, ob tem pa glede na placebo ni bilo dodatnih poslabšanj ledvične funkcije in/ali hiperkaliemije.

## Zaključek

Aliskiren je prvi selektivni zaviralec renina. Zaradi patofiziološke vloge povišane aktivnosti renina v razvoju arterijske hipertenzije predstavlja selektivni zaviralec renina pomembno dodatno zdravilo za samostojno kot tudi kombinirano zdravljenje arterijske hipertenzije. Zdravilo je razvrščeno na listo zdravil tudi v RS. Indikacija zdravila je zdravljenje esencialne hipertenzije, pri čemer pa je zdravilo s strani zavarovalnice omejeno na hipertenzivne bolnike s sladkorno boleznijo in proteinurijo, ki ob zdravljenju z zaviralcem angiotenzinske konvertaze ali sartanom ne dosežejo znižanja proteinurije; le na priporočilo kardiologa, nefrologa ali diabetologa. Kljub trenutnim omejitvam pri uporabi zdravila pa si veliko obetamo zlasti od kombiniranega zaviranja RAAS-sistema pri zdravljenju kroničnih srčno-žilnih in ledvičnih boleznih.

Literatura je na voljo pri avtorju.

## Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prof. dr. Matjaž Bunc, dr. med., avtor članka, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na prošnjo podjetja Novartis. Vsebina članka govori o zdravilu aliskiren, ki je prvi peroralni selektivni zaviralec renina. Zdravilo se je izkazalo kot potentni antihipertenziv, trenutno pa potekajo številne študije v zvezi z drugimi indikacijami za uporabo zdravila v kardiologiji. Moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil, ki bi se kakor koli nanašala na izdelek Novartisa, in je pregled znanstveno potrjenih dejstev o vlogi zaviralca renina pri zdravljenju prekomerne aktivacije RAAS-sistema.

# Pacientu prijazen postopek oploditve z biomedicinsko pomočjo

Veljko Vlajsavljević

27. in 28. februarja 2009 je v Mariboru, v kongresnem centru hotela Habakuk, potekalo mednarodno strokovno srečanje z naslovom »Pacientom prijazen postopek OBMP. Od naravnega ciklusa, blage stimulacije ovulacije do prenosa enega zarodka«. Organizator dvodnevnega srečanja je bilo Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE) in Univerzitetni klinični center Maribor. Dejstvo, da so na srečanju obravnavali eno najbolj sodobnih tem reproduktivne medicine, je bilo deležno velike pozornosti mednarodne strokovne javnosti. Pritegnilo je tudi zanimanje slovenskih medijev, saj je ESHRE največje strokovno združenje s področja reproduktivne medicine na svetu.

To je bilo prvo srečanje ESHRE, ki je potekalo v Sloveniji, kar je posebna pohvala slovenski reproduktivni medicini. Mariborski gostitelj prof. Veljko Vlajsavljević se je ob tej priložnosti posebej zahvalil prof. Nicku Macklonu (Nizozemska), prejšnjemu koordinatorski Sekcije (SIG) za reproduktivno endokrinologijo, saj je bila ideja, da ESHRE za srečanje izbere prav Maribor, njegova. Zahvalo je izrazil tudi prof. Christini Bergh, koordinatorki Sekcije za varnost in kakovost postopkov OBMP, in dr. Geeti Nargund, vodji posebne delovne skupine (ESHRE Special Task Force on Mild ART) za ovrednotenje prijaznejših postopkov priprave ciklusa za postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP), za njuno privolitev k sodelovanju v organizaciji tega multidisciplinarnega srečanja.

Strokovni program je obsegal različne teme, kot so blago spodbujeni ciklusi OBMP, naravni ciklusi v postopkih

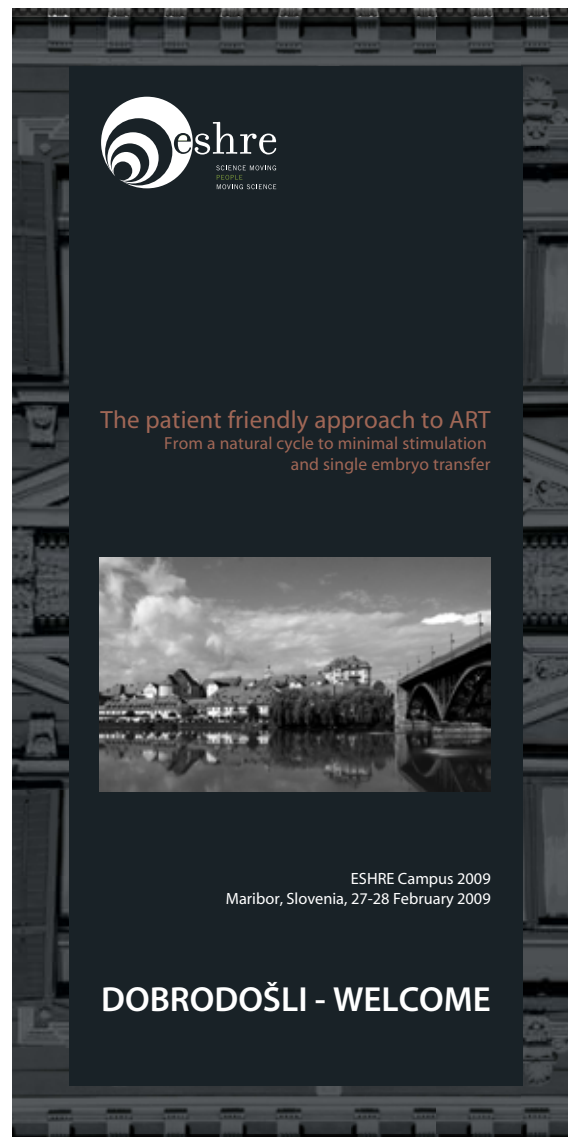
OBMP, in vitro maturacija (IVM) jajčnih celic in ocena vitifikacije, nove tehnologije zamrzovanja gamet in zarodkov, ter kako izboljšati izide OBMP ob blagi stimulaciji jajčnika. Drugi dan je bil v celoti posvečen teoretičnemu in praktičnemu delu pri obravnavi parov za izvajanje naravnega ciklusa IVF/ICSI.

Odziv na srečanje je presegel pričakovanja. Udeležili so se ga predvsem mladi ginekologi in embriologi iz držav Evropske unije in iz jugovzhodne Evrope.

Po krajši predstavitvi organizatorjev iz Maribora in pozdravih predstavnika SIG Endokrinologija prof. Garcie Velasca (Španija) je prof. Bill Ledger (Velika Britanija) govoril o novem pristopu OBMP, ki upošteva nove potrebe pacientov in družbe ter nove definicije uspeha v postopkih OBMP.

Prof. Guigo Pennings (Belgija) je poudaril, da mora pacientom prijazen pristop ugoditi vsaj štirim kriterijem: optimalnemu razmerju med stroški postopka in njegovo učinkovitostjo (pri tem je primarni cilj čim večja dobrobit pacientov), omogočena dostopnost postopkov, minimalno tveganje za mater in otroka in pacientova pravica soodločanja pri izbiri zdravljenja.

Marie Pelinck (Nizozemska) je predstavila rezultate modificiranih naravnih ciklusov z uporabo GnRH-antagonista in FSH, ki so podobni rezultatom naravnih ciklusov z uporabo hCG-ja za indukcijo ovulacije. V Sloveniji stroške naravnih ciklusov, ki jih spremljajo z ultrazvočnimi pregledi jajčnika in meritvami estradiola v serumu, krije zavarovalnica. Podobno je le še v Belgiji, kjer lahko pari namesto enega spodbujenega cikla



Pano z naslovom srečanja

izberejo tri naravne. OBMP v naravnem ciklusu je trikrat manj uspešen kot v spodbujenem z zdravili, zato pacientka ob izbiri bolj »prijaznega« postopka ni oškodovana. Prof. Veljko Vlasisavljević (Slovenija) je podal rezultate 1000 naravnih IVF/ICSI-ciklusov, opravljenih na Oddelku za reproduktivno ginekologijo in ginekološko endokrinologijo UKC Maribor. Delež porodov na ciklus za pacientke, mlajše od 36 let, je znašal 9 odstotkov, medtem ko je delež porodov pri starejših od 36 let 4 odstotke.

Veliko zanimanja je pritegnila predstavitev izhoda prenosov enega oziroma dveh zarodkov, kar je predstavila prof. Christina Bergh (Švedska). Presenetljivo, glede na obstoječe randomizirane kontrolirane študije, so bili deleži porodov živorojenih otrok v obeh skupinah podobni, pričakovano pa zmanjšan delež mnogoplođnih nosečnosti in prezgodnjih porodov.

Prof. Stratis Kolibianakis (Grčija) je izrazil mnenje, da je dosedanja dognanja o tem, ali je prenos le enega zarodka na stopnji blastociste edina prava pot za odpravo večplođnih nosečnosti, težko oblikovati v stroge smernice, saj je trenutno objavljena le ena prospektivna randomizirana kontrolirana raziskava o primerjavi prenosa ene ali dveh blastocist. Dokler ni določenih kazalcev uspešne ugnездitve, ni primerno postavljati omejitev glede števila prenesenih blastocist. Uporaba prenosa ene blastociste je pri izbrani populaciji bolj zaželena kot prenos dveh, saj je delež nosečnosti visok, znaša namreč od 40 do 60 odstotkov, delež mnogoplođnih nosečnosti pa nizek, saj je odvisen le od pojava monozigotnih dvojčkov.

Posebno živahna je bila razprava o potrebi podpore lutealne faze ciklusa v blago stimuliranih in naravnih ciklih. Svoje razloge za in proti sta izrazila Human Fatemi (Belgija) in Veljko Vlasisavljević. Medtem ko je Fatemi mnenja, da je defekt lutealne faze najverjetneje povezan z ovarijsko stimulacijo in glede na trend prenosa enega zarodka vidi rešitev defekta lutealne faze v blagih protokolih stimulacije, prof. Vlasisavljević poudarja, da obstaja premalo prospektivnih

Delovna skupina »ESHRE SIG Mild IVF«: prof. Vlasisavljević (SLO), G. Nargund (GB), G. Pennings (B), W. Ombaet (B)



randomiziranih študij o lutealni fazi v naravnih ciklusih, zato opozarja tudi na pomen okvarjene neovaskularizacije v luteiniziranem foliklu po aspiraciji jajčne celice. Zato ima aplikacija hCG-ja v zgodnji lutealni fazi pozitiven vpliv, vsekakor pa je potrebnih več študij o tej temi.

Naslednji dan je bil v celoti posvečen OBMP v naravnem ciklusu. Poleg ostalih predavateljev so svoje podatke predstavili tudi predstavniki centrov iz Zagreba, Beograda, Ljubljane in Maribora. Organizatorji so prikazali tudi film o tehniki OBMP v naravnem ciklusu. Film so prvič predvajali na svetovnem kongresu o naravnem ciklusu v Londonu. Okrogla miza o vodenju naravnega ciklusa, ki je potekala kot razgovor med strokovnjaki in udeleženci, se je zavlekla še v popoldanski čas, kljub izjemno lepemu sončnemu zimskemu popoldnevu.

Mariborsko srečanje pa se udeležencem ni vtisnilo v spomin le kot uspešno strokovno izobraževanje, temveč tudi kot družabni dogodek, ki je doživel svoj vrhunec z druženjem v koči na vrhu zasneženega Pohorja. Tja smo se odpravili z gondolo prvi dan po končanih predavanjih. Večina udeležencev je sprejela povabilo mariborskih organizatorjev kljub temu, da družabno srečanje ni bilo predvideno v sklopu samega srečanja in da so se predavanja zavlekla do zgodnjega večera. Pogled z vrha Pohorja na Maribor in koča, izbrana za druženje, na samem smučišču so gostom pričarali zimsko športno vzdušje, ki ga je Maribor deležen vsako leto zadnjih pet desetletij kot gostitelj ženskega svetovnega pokala v alpskem smučanju. V koči smo se ogreli ob odprtem ognju, živahni ciganski glasbi in rujni kapljici, ki je prav tako značilna za Maribor. Udeleženci so poleg številnih vinogradov ob obrobju mesta občudovali tudi dejstvo, da je Maribor ponosen lastnik najstarejše vinske trte na svetu, ki raste v samem mestnem jedru.

Celoten dogodek je bil za udeležence nepozabno doživetje, saj mu je revija *Focus on Reproduction* v majski številki namenila prispevek na celi strani z naslovom: »Pacientom (in udeležencem) prijazen IVF v Sloveniji«.

Prof. Bill Ledger (GB): Otvoritveno predavanje na simpoziju



Začetek in razvoj ginekološke endoskopije v Sloveniji

# Ob nekrologu pionirju endoskopije dr. Milošu Porekarju

*Elko Borko*

Stalno tehnološko izpopolnjevanje opreme je v zadnjih dveh desetletjih pripeljalo endoskopijo do velikega razvoja in vsakodnevne uporabe na številnih področjih sodobne medicine. Endoskopska kirurgija je skoraj povsem nadomestila večino abdominalnih operacij, tako da je danes carski rez še edina operacija s samo klasičnim pristopom skozi trebušno steno. Sedanjih možnosti in tehnološke opremljenosti gastroenterološke in kirurške endoskopije ne moremo primerjati s težkimi pogoji, brez podpore strokovne literature in z neustrezno prirejeno opremo, v katerih so zdravstveni delavci, v drugi polovici prejšnjega stoletja, začeli uveljavljati endoskopijo tudi v slovensko medicino.

Za začetek tega obdobja lahko označimo 15. december 1954, ko so na Onkološkem inštitutu v Ljubljani opravili prvo kuldoskopijo s podarjenim Deckerjevim kuldoskopom. Dr. Rado Poljanšek je leta 1956 na 3. kongresu ginekologov in porodničarjev Jugoslavije, ki je bil v Ljubljani, poročal, da so opravili 56 kuldoskopij, 23. oktobra 1956 pa so pričeli tudi z laparoskopijami, ki so jih delali s predelanim kuldoskopom.

V Mariboru sta dr. Miloš Porekar in dr. Stane Urbančič pričela z laparoskopijami leta 1960, in to s sposojenim Wolfovim laparoskopom, ki je imel posebne žarnice za osvetljevanje notranjosti trebušne votline, ki so pogosto pregorele. Dr. Mirko Drobnič, začetnik gastroenterološke dejavnosti v Splošni bolnišnici Maribor (SBM), je kupil laparoskop že leta 1958 in opravil nekaj poskusov, vendar so kasneje laparoskopije, zaradi boljših pogojev in varnejših okoliščin, opravljali na ginekološkem oddelku.

V letnem poročilu, ki ga je takrat napisal predstojnik skupnega ginekološko-porodniškega oddelka, prim. Bogo Skalicky, je ta začetek zapisan in tako dokumentiran.

1. junija 1961 se je do takrat skupni oddelek razdelil v samostojni ginekološki in samostojni porodniški oddelek. Dr. Miloš Porekar se je odločil za slednjega, s tem, da so bile tudi na porodniškem oddelku obravnavane nekatere ginekološke bolnice, med njimi veliko zaradi neplodnosti. Že konec istega leta je porodniški oddelek dobil svojo operacijsko dvorano in sobo za intenzivno nego, tako da je dr. Miloš Porekar imel pogoje za nadaljevanje z laparoskopskimi posegi. Dr. Miloš Porekar si je pridobil dodatne izkušnje leta 1963, ko je bil na enomesečnem strokovnem

izpopolnjevanju na zagrebški kliniki za ginekologijo, kjer so po poročanju prof. Drobnjaka uporabljali laparoskopijo že od leta 1959.

Dr. Miloš Porekar je o svojih izkušnjah poročal na sestanku ginekološke sekcije Slovenskega zdravniškega društva 6. januarja 1965 in kratek povzetek tega predavanja je bil še istega leta objavljen v »Ginekologiji in opstetriciji«, skupnem jugoslovanskem časopisu.

To poročilo predstavlja prvi tiskani prispevek o laparoskopiji v Sloveniji. V poročilu je zapisal, da je opravil, od leta 1960 do 1964, 167 laparoskopij, od tega 53-krat zaradi neplodnosti. Opisal je tehnične postopke in izkušnje z instilacijo indigokarmina zaradi pregleda prehodnosti jajcevodov. Med 53 bolnicami zaradi neplodnosti je 13-krat ugotovil genitalno tuberkulozo, ki pa je bila samo enkrat bakteriološko potrjena. Ob koncu poročila je opisal tudi morebitne zaplete.

Laparoskopske preiskave na ločenem ginekološkem oddelku v Splošni bolnišnici Maribor so se začele kasneje, in sicer je bila prva laparoskopija napravljena 3. avgusta 1962, prav tako s toplo svetlobo pri bolnici, ki se je zdravila zaradi neplodnosti. Dr. Stane Urbančič, ki je bil takrat zaposlen še v mariborski bolnišnici, in dr. Nada Dolenc sta takrat za pnevmoperitonej uporabila kisik, ki sta ga insufilirala v abdomen z aparatom za pnevmotoraks.

O prvih 48 laparoskopijah (z enim smrtnim primerom), ki so jih opravili na ginekološkem oddelku med letoma 1962 in 1967, je poročal prim. dr. Franc Rostaher na 4. intersekcijem sestanku ginekologov Slovenije in Hrvaške, ki je bil v Kopru 27. in 28. oktobra 1967.

Iz obširnega poročila o endoskopijah v ginekologiji, ki ga je napisal moderator teme dr. Vito Lavrič in ki je bilo objavljeno v Ginekologiji in opstetriciji leta 1968, je razvidno pionirsko delo pri uvajanju endoskopije. V tem poročilu so bili objavljeni samo rezultati zdravnikov, ki so se udeležili tega, endoskopiji namenjenega, prvega velikega strokovnega srečanja. Priložena tabela je iz takratnega poročila.

Na to poročilo se je opirala tudi dr. Lidija Andolšek, ki je na zastavljeno vprašanje »Kdaj pa so uvedli laparoskopijo in kuldoskopijo na drugih ginekološko-porodniških oddelkih po Sloveniji?« zapisala: »Sicer pa so nekateri ginekološko-porodniški oddelki delali do leta 1967 predvsem

Ustanova	Razpravljalci	Začetek dela	Št. kuldoskopij	Št. laparoskopij	Skupno št. celioskopij
Gin.-por. odd. Koper	Kolenc, Ogrin	1960	141	43	184
Gin. klinika Ljubljana	Trampuž, Kunej	1963	118	4	122
Interna klin. Ljubljana	Matko	1963		25	25
O. I. Ljubljana	Poljanšek	1954	127	38	65
Gin. odd. Maribor	Rostaher	1962		48	48
Gin.-por. odd. N. Gorica	Urbančič	1965	12	99	111
Gin.-por. odd. S. Gradec	Mikuž	1961	389		389
Gin. klinika Zagreb	Drobnjak	1959		45	45

kuldoskopijo (Slovenj Gradec od leta 1961, Koper od leta 1960, Ginekološka klinika Ljubljana od leta 1963, medtem ko je bilo do leta 1967 napravljeno največ laparoskopij v Novi Gorici, kjer so jih pričeli rutinsko delati že leta 1965, ko je vodstvo oddelka prevzel dr. Stane Urbančič, ki je leta 1965 zapustil ginekološki oddelek v Mariboru. Na Ginekološki kliniki v Ljubljani so do leta 1967 napravili le štiri laparoskopije, 25 ginekoloških primerov pa je dr. Ivan Matko laparoskopiral na gastroenterološkem oddelku Interne klinike. Uporaba laparoskopije pa je začela bliskovito naraščati po letu 1970«.

Vse to dokazuje, da je strokovna literatura povsem prezrla prvo objavljeno poročilo dr. Miloša Porekarja iz leta 1965 in da tega prispevka ni navedel niti dr. Borisov v svoji monografiji o slovenski ginekologiji.

Na sestanku ginekološke sekcije SZD, ki je bil v Trbovljah 12. junija 1971, je dr. Stojan Havliček v svojem prispevku »Laparoskopija v diagnostiki in terapiji ginekoloških obolenj« predstavil vse prednosti sodobnejše opreme za laparoskopijo. Drugi so poročali o svojih začetnih izkušnjah z endoskopskimi posegi.

Tako je dr. Zofija Planišček Kunej z Ginekološke klinike poročala o novih 158 primerih kuldoskopije z Wolfovo optiko z običajnim toplim izvorom svetlobe. Laparoskopskih postopkov ne omenja, kar dokazuje navedbe dr. Lidije Andolšek, da so z laparoskopijami začeli po letu 1971, ko je po mnenju prim. Toša Cizlja začetek rutinske endoskopske diagnostike in terapije, ali celo leta 1974, ko so po zapisu dr. Tomaža Tomaževiča in prim. Andreja Omahna »na operacijskem oddelku Ginekološke klinike začeli laparoskopirati«. Dr. Marko Kolenc je potrdil, da sta z dr. Viktorjem Ogrinom pričela z laparoskopijami že leta 1960 in da so od sestanka v Kopru leta 1967 opravili 75 novih laparoskopij in 165 kuldoskopij. Dr. Rado Poljanšek pa je poročal o novih 71 laparoskopijah, ki so jih napravili na Onkološkem inštitutu med letoma 1967 in 1971 z enim smrtnim izidom. Dr. Igor Veter je poročal, da so v Kranju 1. julija 1970 opustili kuldoskopijo in začeli uporabljati laparoskopijo, kar je v soglasju z ugotovitvami dr. Petra Borisova.

Ostali poročevalci, dr. Boris Mušič iz Trbovelj (začetek leta 1964), dr. Tatjana Zalokar z Jesenic (začetek 1964) in dr. Dimitrij Mikuš (začetek junij 1962) so uporabljali samo kuldoskopijo.

Tako se je zaključilo začetno obdobje uveljavljanja slovenske endoskopije, v katerem je prevladoval kuldoskopski pristop, številne improvizacije in dva dokazana smrtna primera med laparoskopijo.

Nov razvojni zamah slovenske endoskopije se je začel, ko so oddelki dobili sodobnejšo opremo, ki jo je predstavljala izboljšana optična slika s sočasno redukcijo premera laparoscopa, izvor svetlobe izven bolnika in avtomatiziran dovod CO<sub>2</sub>.

Strokovno javnost je z razvojem endoskopije prvi in celovito seznanil dr. Stojan Havliček s svojim prispevkom na sestanku v Trbovljah, ki je temeljil na prvih izkušnjah z novo opremo za laparoskopije, ki jo je Onkološki inštitut kupil leta 1970, in s svojo patentirano izboljšavo troakarja, za katero je v Sloveniji dobil Kidričevo nagrado. Dr. Stojan Havliček je bil glavni sodelavec pri raziskovalni nalogi Onkološkega inštituta, ki jo je vodil dr. Rado Poljanšek v letih od 1972 do 1974 z naslovom »Doprinos laparoskopskih metod k zgodnji diagnozi ovarialnega malignoma in raziskav, kateri dejavniki lahko povečajo uporabnost teh metod«. Po mnenju Poljanška je raziskava imela velik pomen, saj je »laparoskopija postala popularna in so jo začeli uvajati mnogi zdravstveni zavodi v Sloveniji in v ostalih centrih v Jugoslaviji«.

Kljub temu optimističnemu pogledu pa je bilo uvajanje sodobnejše laparoskopije, vsaj v začetnem obdobju, počasno, kar dokazuje tudi bibliografija našega časopisa »Zdravstveni vestnik«, ki za obdobje od 1929 do 1976 navaja le tri prispevke, ki opisujejo uporabo laparoskopije. Prvega je leta 1972 napisal internist dr. Ivan Matko z naslovom »Laparoskopična morfoloģija ciroz«, drugega dr. Marko Kolenc leta 1973 z opisom uporabnosti laparoskopije pri ugotavljanju zunajmaternične nosečnosti, tretjega pa je prispevala mariborska skupina pod vodstvom dr. Nade Dolenc, ki je dobila novo opremo leta 1972, s katero so do leta 1974 opravili primerjavo laparoskopskih in histerosalpingografskih izvidov pri neplodnih bolnicah.

Tudi edina jugoslovanska revija za ginekologijo je v tem obdobju objavila samo en prispevek o možnostih laparoskopije pri odstranjevanju perforiranih materničnih vložkov in drugih tujkov v trebušni votlini, ki ga je leta 1974 napisal dr. Elko Borko.



Laparoskopija se je postopoma uveljavljala in povsem izrinila kuldoskopijo. Dokaz za to so prve laparoskopije v Celju leta 1980, v Brežicah 30. novembra 1994 in na drugih oddelkih, za katere vemo, da opravljajo laparoskopije, vendar ni nobenih objavljenih podatkov o začetku te dejavnosti.

Zasluge za to je imel tudi Zakon o zdravstvenih ukrepih pri uresničevanju pravice do svobodnega odločanja o rojstvu otrok iz leta 1977, ki je zakonsko uredil problem sterilizacij. Prvo poročilo o sterilizacijah po sprejemu zakona je strokovna javnost dobila na sestanku v Dobrni leta 1980, ki ga je vodila prof. dr. Lidija Andolšek. Tako so se začele izvajati sterilizacije z mehničnimi sredstvi v Mariboru leta 1978, v Kranju od leta 1986, ali z elektrokoagulacijo v Ljubljani leta 1977, na Jesenicah leta 1978, v Celju šele 1991 in Brežicah leta 1994.

Na simpoziju »Sodobno uravnavanje rodnosti« 20. marca 1981, ob 20. obletnici Inštituta za načrtovanje družine, je dr. Elko Borko prikazal film »Laparoskopska sterilizacija«. V kasnejšem pregledu o sterilizacijah v Sloveniji (1978–1989) je dr. Lidija Andolšek ugotovila, »da se sterilizacija prepočasno uveljavlja in da so velike razlike med posameznimi oddelki, saj jih je največ na Jesenicah, Mariboru in Slovenj Gradcu, najmanj pa v Kopru in Murski Soboti. Večino sterilizacij se opravi laparoskopsko«.

Sočasno se je razvilo zdravljenje tubarne neplodnosti z endoskopskimi mikrokirurškimi postopki. O tem je prim. Tošo Cizelj zapisal: »Bile so narejene prve intervence v endoskopiji: adhezioliza, biopsija ovarija, punkcija cist, foliklov ter odvzem vzorcev za odvzemanje klamidije«. Leta 1979 je bila v Sloveniji napravljena prva endoskopska operacija zaradi zunajmaternične nosečnosti in do leta 1996 so na vseh ginekološko-porodniških oddelkih slovenskih bolnišnic zdravili zunajmaternične nosečnosti tudi laparoskopsko.

Po letu 1983 pa so bile pomembne laparoskopske operacije zaradi programa zunajtelesne oploditve (punkcije foliklov, GIFT, ZIFT, PROST). O tem so poročali zdravniki

ljubljskega in mariborskega centra. Laparoskopski pristop se je uporabljal vse do leta 1989, ko je manj invazivna vaginalna sonografija povsem zamenjala laparoskopijo. Rutinsko uporabo laparoskopije v diagnostiki in zdravljenju vnetja rodir, ki jo predstavljajo adhezioliza, drenaža in lavaža, so v vsakodnevno delo uvedli že leta 1986 ljubljanski ginekologi.

Rutinske histeroskopije so se začele izvajati že leta 1977 ambulantno na Inštitutu za načrtovanje družine v Ljubljani. Istega leta so kupili histeroskop tudi v Mariboru; z njim je začela delati mag. Livija Držeknik Požar, vendar je dejavnost zaradi okvar aparature zamrla. Izboljšavo pri histeroskopijah predstavlja uvedba sistema Vario Flow za distenzijo maternice v letu 1993. Dr. Tomaž Tomaževič je s svojo domiselno pretočno histeroskopijo omogočil endoskopske rekonstrukcije anomalij maternice in submukoznih miomov, kar se je uveljavilo po vsem slovenskem prostoru.

Tako se je končalo dolgo obdobje uvajanja laparoskopije in začelo novo, ki se je v Mariboru začelo 18. novembra 1992, ko smo dobili video opremo in ostale instrumente za sodobne operativne neinvazivne postopke, drugod, kot npr. v Celju, pa so tovrstno opremo dobili šele sredi leta 1996. Kako je to potekalo po drugih oddelkih in o uspehih, pa je zapisano v številnih prispevkih našega časopisa Endoskopska revija.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Laparoskopija na ginekološkem oddelku Splošne bolnišnice Maribor leta 1974 za potrebe gastroenterološkega oddelka. Z leve: Slava Kurtin, dr. Boža Vizovišek Trdina, Valentina Plemenitaš, Zlata Ferk, dr. Marjan Skalic, Angela Mirc, dr. Elko Borko, dr. Mirko Drobnič, dr. Radovan Breznik, Marija Orešič. (Vir: I. Takač: 50 let načrtovanja družine v Mariboru, 2007.)

Spoštovane bralke in bralci Izide,

če tudi vi razpolagate s podatki o uvajanju novih posegov v Sloveniji, vas vabimo, da jih zapišete in prispevke posredujete v uredništvo Isis.

## Retrospektiva neke raziskave

## Sarabanda za Sasibo

Jurij Lindtner

O prvi mednarodni klinični raziskavi (tretjega reda) operabilnega raka dojke, v kateri je v letih 1976–77 sodeloval Onkološki inštitut in o kateri lahko rečemo, da je sploh ni bilo. Je od nje kaj ostalo?

Jeseni 1975 se je izkušena in svetovljanska, razgledana in v onkologiji priznana kolegica prof. Berta Jereb vrnila iz tujih krajev domov (v ustanovo, ki se je iz dela stare šentpeterske kasarne – tam je bil leta 1936 začasno dodeljen prostor Banovinskemu zavodu za preučevanje in zdravljenje raka, pozneje imenovanemu Onkološki inštitut – počasi širila s prizidki, barakami, z opuščeno Gluhonemnico in z opuščeno Interno kliniko v Onkološki inštitut Ljubljana – danes moderno OIL) in prinesla seboj vest o neki klinični raziskavi o raku dojke, ki so jo ravnokar zasnovali njeni strokovni znanci iz Skandinavije. Tudi njihov vodja ima ime: dr. Ian Stjernswärd. Ker sem se moral tedaj »po službeni dolžnosti« ukvarjati predvsem s bolnicami z rakom dojke, me je gospa hotela navdušiti za sodelovanje. Na žalost pa mi osebne izkušnje iz nekega takega mnogoletnega sodelovanja, ki sem se ga komaj otesel, niso budile posebnega navdušenja za kakršnokoli podobno sodelovanje. Vsakodnevne obveznosti mi tudi niso dopuščale dolgočasje. Najbrž pa je bila mladostna radovednost tista, ki je pripravila mojega kolega prim. Janeza Novaka in mene (podpisani pisec teh vrstic), da sva se kljub pomislekom lotila zadeve, ki je sploh nisva poznala. Bojim se, da v slovenski onkologiji tistih let nisva bila edina. Priznam, da mi je to sodelovanje pomenilo v strokovnem življenju v desetletjih, ki so bila pred mano, neizrekljivo veliko.

V tistih časih je v naši ustanovi pomenil operabilni rak dojke bolezen, klinično ugotovljeno in ocenjeno po mednarodni klasifikaciji kot tumor dojke, velik do 5 cm, s tipnimi posameznimi bezgavkami v pazduhi prizadete strani ali – še bolje – brez njih. Seveda smo potrdili bolezen s citološko preiskavo, sicer pa smo se morali zanašati na »zmrzli rez« ali histologijo »intra operationem«. Osnova zdravljenja je bila radikalna mastektomija. Določila za aktinoterapijo so bila natančna in stroga: predoperacijsko in pooperacijsko obsevanje, samo predoperacijsko ali le pooperacijsko. Dve radikalni lokalni zdravljenji(!) sta bili poročstvo za uspeh zdravljenja...

Predlagana raziskava je zahtevala delno opustitev obsevanja, kar je izzvalo pri kolegih burne odzive, ki niso bili vedno akademski. Še najmanjša zahteva kolegov je bila,

da redno (na tri mesece) poročam na strokovnih kolegijih o škodi, ki jo bodo utrpele bolnice zaradi pomanjkljivega zdravljenja. Čez čas (ki ni bil daljši od dveh pomladi) pa je ta gorečnost tako usahnila, da so bila ta poročila poslušalcem odveč.

Saj so bila res dolgočasna: nobene katastrofe ni bilo videti zaradi skoraj hudodelskega opuščanja obsevanja. Tako sta mi ostala v spominu še dva datuma za poročilo o raziskavah iste mednarodne skupine, ki so sledile omenjeni, februar 1986 in februar 1996. Februarja 2006 pa sem že nadziral dela za ljubljansko grajsko tirno vzpenjačo kot gojenec in neuradni pooblaščenec ZPIZ-a.

Povabljeni smo bili torej k mednarodni multicentrični klinični raziskavi o vplivih radikalne mastektomije same in radikalne mastektomije, dopolnjene s pooperacijskim obsevanjem, na imunski sistem. Podrobnosti raziskovalnega načrta, ki naj bi pojasnil vpliv obsevanja na morebitno prizadetost imunskega sistema (ki ga v nobeni od sodelujočih ustanov ni uspelo uresničiti), puščam v nemar. Povedati pa moram, da so nas zanimala bolnice s prizadetimi (histološko pozitivnimi) pazdušnimi bezgavkami, ki so bile razdeljene v štiri prognostične razrede (po številu prizadetih bezgavk in po prizadetosti bezgavčne ovojnice, po »preraščanju ovojnice«).

To mednarodno raziskovalno skupino s(m)o sestavljali tako rekoč »mladeniči« (pobudnik še ni imel 40 let), kjer je veljalo mušketirsko načelo »vsi za enega, eden za vse« in kjer so bile tudi varovalke za poštenost »randomizacije«, za zanesljivost naključne izbire zdravljenja, prilagojene predpostavki, da smo »mož beseda«. Randomizacija je potekala znotraj posameznega prognostičnega razreda z oštevilčenimi zaprtimi pisemskimi ovojnicami. Dokaz za korektnost ravnanja s kandidatko za raziskavo so bili datumi pomembnih dogodkov pri tem ravnanju: datum diagnoze (citološke, histološke), datum operacije, datum histološke diagnoze in datum randomizacije in odločitve za opazovanje ali pooperacijsko obsevanje – in randomizacijska številka bolnice.

Kazalo je, da je imel najstarejši sodelavec (ne bom ga imenoval, saj ga ne poznate), ki je prispeval največ »študijskih« bolnic, težave z datumi randomizacije in zaporednostjo števil randomizacijskih ovojnic. Na prvem sestanku raziskovalne skupine, kjer sva bila s kolegom navzoča,



nama še ni bilo jasno, zakaj računalnikarji tako napadajo starega gospoda, ki je pojasnjeval vsa neskladja datumov s pisarniški napakami. Zaslíševanje je bilo tako mučno, da sem svojemu ljubljanskemu kolegu zagotovil, da »bom jutri zvečer doma, če bi me jutri zjutraj čakalo kaj podobnega«. Ker jih naslednjega dne Ljubljana sploh ni zanimala, sem zahteval pojasnilo, zakaj nič o Ljubljani. Pa so rekli: »Zakaj o Ljubljani? Saj pri vas je vse v redu!«

Izkazalo se je, da je najstarejši raziskovalec verjetno razumel randomizacijo po svoje: najbrž je odprl randomizacijske ovoje in sam določal, katera od bolnic bo obsevana in katera ne. Prave prevare mu nismo mogli nikoli dokazati, čeprav smo na rednih šestmesečnih sestankih leta in leta poslušali vedno isti razlog za neskladnost datumskih podatkov. Ker pa je bil po nekaj letih opazovanja študijskih bolnic že čas, da rezultate priobčimo, smo sklenili na enem od sestankov »skočiti za en dan z gospodom domov« in ugotoviti skupaj pri njem doma neskladnost med primarnimi dokumenti in sekundarnimi (poslanimi v center raziskave) zaradi potrditve resničnosti administrativnih napak. A je gospod odhitel s prvim nočnim vlakom domov brez slovesa in brez spremstva. Ko me je ogorčenje minilo, sem razumel.

Kadar »raziskovalec« ve za najboljši način zdravljenja določene bolezni, je njegovo raziskovanje nepotrebno, ker že **ve**. Iskanje boljših načinov je smiselno samo takrat, ko je na razpolago več načinov, pa raziskovalec **ne ve**, kaj storiti, kadar gre za lastnega roditelja ali otroka. Tako etično načelo je takrat še držalo. Seveda me mika, da bi kaj rekel o današnjih tovrstnih načelih, pa ne bom. Ali ni rekel znani duhovitež: »Nič ne bom rekel, tiho pa tudi ne bom!«

Današnjega stališča, da se mora bolnik odločiti sam, ali bo sodeloval v raziskavi ali ne, da podpiše izjavo o soglasju, tedaj sploh še ni bilo na obzoru. Še vedno je vladalo evropsko, paternalistično vzdušje v medicini, kjer so zdravniki izobraženi, vestni in brezmejno naklonjeni bolnikom in skrbeči samo za njih blagor, ki bi jim bilo vsaj nelagodno (evfemistično!) ponuditi bolniku klobuk, iz katerega naj si sam izžreba enega od možnih načinov zdravljenja, in podpiše, da se s tem strinja; zdravnik pa bi dokument shranil za vsak primer, če bi ga bolnik, katerega uspeh zdravljenja ni v skladu z njegovimi lastnimi pričakovanji, tožil – kot dokaz, da sta prava, enakopravna pogodbeno poslovna partnerja.

Zavrgli smo torej nekaj let raziskovalnega dela, spoštujoč – recimo – samoljubno načelo, da **mi** lažnih podatkov ne bomo priobčili. Tako je naša prva mednarodna raziskava, v kateri smo bili dejavni sotrudniki, čez leta, ko bi morala biti javno razgrnjena, zavestno ostala zamolčana,

neobjavljena. Res pa je tudi, da bi bila taka raziskava neponovljiva (ponovljivost je pogoj, nujen za vsako resno raziskavo), ker se je splošno strokovno mnenje o nujnosti pomožnega zdravljenja tako okrepilo, da primerjava dveh, samo lokalnih zdravljenj ni bila več uresničljiva. Zato omenim ime raziskave samo v naslovu.

In naslov tega zapisa je s tem pojasnjen (quod erat demonstrandum).

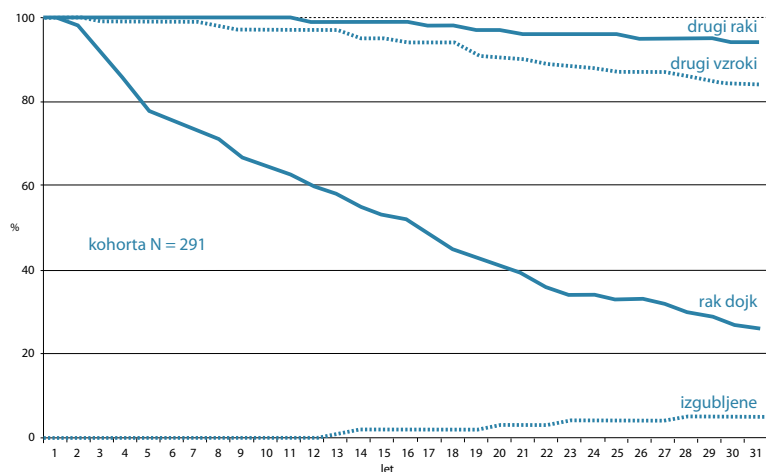
Zapisati pa moram še, da je tedaj ista skupina »mladeničev« že zasnovala novo raziskavo (da je le-ta že tekla in da je bil novi spiritus agens z imenom Aron Goldhirsch – ime, ki ga danes pozna vsakdo, ki se v svetu strokovno ukvarja z rakom dojke). Iskali smo odgovore na tedaj pereča vprašanja pomožne terapije bolnic z rakom dojke. Zaradi rezultatov te raziskave je skupina zaslovela v široki strokovni javnosti. Zato se je število sodelavcev lahko povečalo, organizacija tudi: iz prijateljske skupine sodelujočih so zrastle organi, organoidi in komiteji starajočih se raziskovalcev velike, ugledne mednarodno priznane skupine z imenom IBCSG. Starajoči se raziskovalci pa so hrepeneli po tistih časih v začetku IBCSG. Seveda, porečete, hrepenenje po mladosti... Ali ni morda tudi ta zapis nekaj takega?

Če od raziskave ni ostalo nič zapsanega in priobčenega, pa je tu skupina bolnic, iz katere smo »nanovačili« študijske bolnice. Ta skupina je ostala zame vedno zanimiva, na razne načine sem jo spremljal. Pisal sem pisma v domače zdravstvene domove, kadar so bolnice izviral iz bratskih republik, na matične urade...

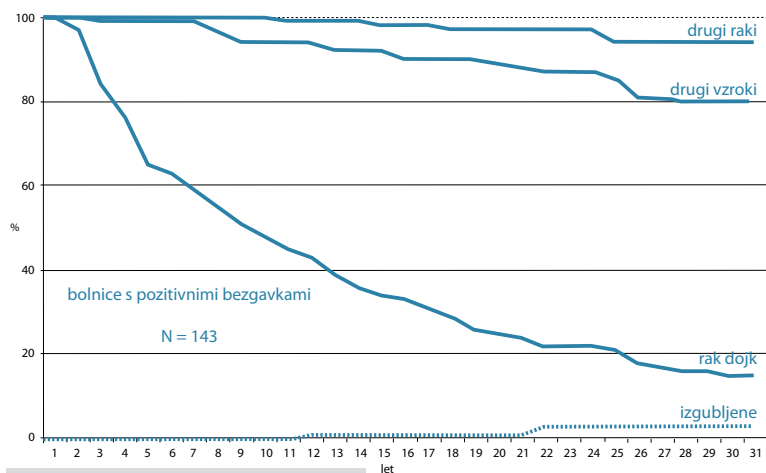
Ti so pomagali tudi s postajami ljudske milice. Boleč spomin: komandir take postaje mi je sporočil, da je naša bolnica »privedena na postajo na zaslišanje in izpuščena, potem ko je zagotovila, da se bo javila na kontrolo na Onkološkem inštitutu v Ljubljani«. Boleč spomin: prvič, da je moja vnema po vedenju, kaj se dogaja z našimi bolnicami, povzročila njim take neprijetnosti. In drugič: da sem izgubil komandirjevo pismo...

Kot že rečeno, smo v letih 1976 in 1977 na inštitutu zdravili skoraj 300 bolnic z operabilnim rakom dojke. Ker so se prave kandidatke za raziskavo razkrile šele po operaciji in po histološki potrditvi prizadetosti bezgavk (»pozitivne bolnice«), predoperacijsko pa so bile v protokolu raziskave ustrezno obdelane vse, imamo lahko to kohorto bolnic za homogeno in si lahko ogledamo, kakšna je bila njihova usoda v naslednjih 30 letih. Pa naj bo vsaj to zapisano!

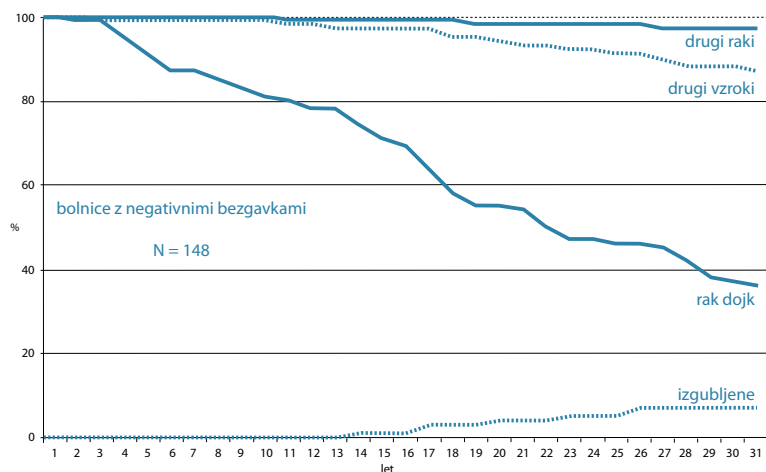
Zapis je izpolnjeni dolg moji dolgoletni sodelavki, ki je skrbela za sproti pregled nad opazovanimi bolnicami, ki naj bi jih jaz zdravnik raziskovalec »spremljal« (prisegam: v dolgih letih zdravnikovanja nisem spremljal ali spremlil niti



Graf 1: Preživetje 291 bolnic



Graf 2: Preživetje pozitivnih bolnic



Graf 3: Preživetje negativnih bolnic

ene bolnice iz osebnega razloga). Nekoč namreč, na njeno prigovarjanje, naj ne ostane ta kohorta zamolčana, sem nejevoljno bevsknil: »Ja, ko bo 30 let opazovanja!«

Pred nekaj tedni je prijazno sporočila: »Trideset let opazovanja je mimo.«

Hvala, gospa Ana Dotzauer! Že pišem, še pišem, bom pa kmalu končal, brez strahu, cenjeno bralstvo!

Misel mi uide na »etično komisijo« tistega časa: vodstvo inštituta ni nasprotovalo klinični raziskavi, ker je menilo, da bo kot stranski učinek raziskave vsaj uveden red pri raku dojke: določen bo stadij, število histološko pregledanih pazdušnih bezgavk naj bo tako, kot zahteva raziskava. Dejansko pa smo rabili za randomizacijo soglasje starejših zdravnikov, ki niso vedno ploskali našemu početju, torej dovoljenje za vključitev njihovih bolnic v raziskavo. Tudi mi smo se srečevali z zdravniki, ki so vedeli, kako morajo biti zdravljeni njihove bolnice. Kljub temu je bilo zajetih v raziskavo več kot devet desetih možnih študijskih bolnic.

Uvod v našo zgodbo je bil predolg (prekršek pravila: kratak, jedrnat uvod!). Bo pa vsebina kratka!

## Pojasnilo za branje grafov

Zgornja krivulja kaže umrljivost zaradi drugih malignih boleznih, ne zaradi raka dojke,

krivulja **pod njo** pa vse **druge vzroke smrti** (od prometnih nesreč do kapi).

**Poudarjena** je krivulja preživetja zaradi **raka dojke**.

Tanka krivulja **na dnu** grafa kaže delež bolnic in čas, ko se je **pregled nad bolnico izgubil**: bolnice iz drugih republik so se izgubile v krutih polpreteklih časih. Z redkimi od njih je bilo še mogoče obdržati občasne stike.

## Kramljanje

Naklonjenemu bralstvu (bralci in bralke, oprostite, bralke in bralci) prizanašam s številkami in števili. Nujne so v grafih.

Temeljno sporočilo je vidno na prvi pogled: rak dojke je kronična bolezen, ki lovi svoje žrtve še desetletja po odkritju in zdravljenju. To se kaže v obeh skupinah bolnic, v tisti s prizadetimi bezgavkami – znano neugodni, kot tudi v oni brez metastaze v bezgavkah – znano prognozično ugodnejši. Manjkrat pa je izpovedana ta zgodba in luči dolgoletnega opazovanja. Še vedno le zgodba, anekdota o bolnicah, o katerih smo nekoč menili, da so ozdravljive, zgodba, ki sodi v kramljanje, ki se ne spogleduje z razpravljanjem.

Pripovedoval sem o operabilnem raku dojke, stadijev I in II, ki so ga nekoč odkrivali zdravniki in bolnice same, ne pa o modernem, subkliničnem raku dojke, ki ga odkrivajo ali ga šele bodo odkrivali »presejalci« programa DORA. Očitno gre za drugo bolezen, pri kateri si ometamo zmanjšanje usodnosti za 20 odstotkov (če me spomin ne vara). Odgovor na vprašanje, kdaj bo ta obet potrjen, pa že spada v resno razpravo.

Učna delavnica

# Kam po študiju splošne medicine?!

Marko Zdravković, Tamara Elbl

V UKC Maribor je 16. marca 2009 potekala učna delavnica z naslovom Kam po študiju splošne medicine. Delavnico smo v okviru tutorskega sistema na Medicinski fakulteti Maribor organizirali študentje za študente. Seveda smo pri organizaciji imeli vso podporo tako UKC Maribor kot tudi Medicinske fakultete Univerze v Mariboru.

Najprej si je smiselno priklicati v spomin študenta/-ko medicine ob podelitvi diplome. Poln/-a teoretičnega znanja, nekaj že tudi praktičnega, samozavesten/-na, da mu/ji je po najmanj šestih letih študija le uspelo in bo sedaj lahko vendarle pomagal/-a ljudem. Že naslednji trenutek pa se pojavi vprašanje: Kam pa sedaj? Kaj je Zdravniška zbornica Slovenije? Kakšna je vloga Ministrstva za zdravje in zavarovalnice? Sekundarijat, specializacija ali podiplomski študij? O teh vprašanih se namreč tekom študija premalo konkretno govori (če sploh), zaradi česar je kakovostno odločitev o nadaljni poti težje sprejeti.

Prav z namenom pomagati pri teh dilemah in iskanju lastnega zdravniškega poslanstva se je porodila ideja, da bi v sklopu tutorskega sistema izvedli učno delavnico, kjer bi se predstavile možnosti nadaljnjega izobraževanja in zaposlovanja po zaključku študija splošne medicine s poudarkom na morebitnih pasteh, ki jih je pričakovati pri tako pomembnem odločanju.

Sprva je bilo treba ugotoviti, ali bi se študentje sploh udeležili takšnega dogodka oz. kaj jih najbolj zanima. S preprostim anketnim vprašalnikom smo jih o tem tudi povprašali. Študentom 4. in 5. letnika dodiplomskega študija splošne medicine smo tako postavili tri vprašanja: »Ali bi se udeležili takšne delavnice?«, »Ali želiš izvedeti kaj več o podiplomskem študiju na MF UM?« ter vprašanje odprtega tipa »Katere specializacije oz. področja dela v medicini te najbolj zanimajo?«, kjer so študentje našli tri takšna področja ali pa vsaj eno. Rezultati so bili zelo pričljivi. Naj omeniva, da je anketo rešilo 88 študentov 4. in 5. letnika MF UM, kar predstavlja 70 odstotkov. Še pomembneje je, da bi se za obisk takšne delavnice odločilo 95 odstotkov anketirancev. Na podlagi teh rezultatov in najbolj zelenih področij specializacij smo sestavili program delavnice (tabela).

Osnovna ideja v pripravi programa je bila tridelna. Najprej smo se odločili predstaviti sistem tutorstva, rezultate omenjene ankete ter cilje delavnice. Drugi del smo namenili področju specializacij, in sicer tako, da bi vsako izmed

sedmih izbranih specializacij na kratko predstavil glavni mentor, nato pa bi sledila vprašanja študentov oz. razprava. Hkrati smo si zamislili, da bi bil povsod prisoten tudi mladi specializant/-ka, ki bi bil prav tako na voljo za vprašanja oz. bi povedal še kaj o svojih izkušnjah in dilemah pri odločanju. Pred predstavitvami specializacij smo kot zelo pomembno področje vključili tudi predstavitev strokovnega izpita, sistem prijave na specializacijo in kriterije, ki jih je treba izpolnjevati – torej informacije, ki so skupne vsem specializacijam. V tretjem delu programa smo dali poudarek podiplomskemu študiju na MF UM.

Učna delavnica je bila namenjena predvsem študentom 4. in 5. letnika MF UM ter študentom tutorjem, ki bi nato najbolj pomembne informacije predstavili tudi študentom nižjih letnikov. S pomočjo promocije delavnice smo uspeli zbrati 117 prijav študentov, od tega 49 študentov 4. letnika in 53 študentov 5. letnika MF UM. Evidenca prisotnosti na delavnici nam kaže, da so se je udeležili 104 študentje (89 odstotkov prijavljenih), od tega 41 študentov 4. letnika (63 odstotkov vpisanih) in 50 študentov 5. letnika (83 odstotkov

Program učne delavnice Kam po študiju splošne medicine

9.00–9.20	<b>Pozdravni nagovori</b>	red. prof. dr. Radovan Hojs in doc. dr. Anton Crnjac
9.20–9.30	<b>Predstavitve sistema tutorstva in ciljev učne delavnice</b>	Marko Zdravković, koordinator tutorjev študentov
9.30–10.00	<b>Strokovni izpit in predstavitve sistema prijave na specializacijo</b>	asist. dr. Sebastjan Bevc
10.00–10.15	<b>Družinska medicina</b>	Prim. asist. Ksenija Tušek Bunc
10.20–10.35	<b>Pedriatrija</b>	prof. dr. Alojz Gregorič
10.40–10.55	<b>Psihiatrija</b>	asist. dr. Hojka Kumperščak Gregorič
10.55–11.15	<b>Odmor s prigrizki</b>	
11.15–11.30	<b>Nevrologija</b>	prim. izr. prof. dr. Erih Tetičkovič
11.35–11.50	<b>Interna medicina</b>	prof. dr. Radovan Hojs
11.55–12.10	<b>Kirurgija</b>	asist. Bojan Krebs
12.15–12.30	<b>Anesteziologija, reanimatologija in perioperativna medicina</b>	izr. prof. dr. Mirt Kamenik
12.30–13.00	<b>Podiplomski študij na MF UM</b>	izr. prof. dr. Pavel Skok
13.00–13.10	<b>Zaključek in izvedba ankete o zadovoljstvu z izvedbo delavnice</b>	Marko Zdravković, koordinator tutorjev študentov

vpisanih) ter 13 ostalih študentov. Vsi udeleženci so prejeli tudi potrdilo o udeležbi ter gradivo – zloženko z osnovnimi informacijami. V skladu z dogovorom s predavatelji smo vsem udeležencem kasneje posredovali njihove e-poštne naslove, na katerih so na voljo za vprašanja, in tudi predstavitve, ki so jih pripravili.

Vsekakor je nujno izpostaviti, da je bil takšen dogodek organiziran prvič in je zato ovrednotenje ključnega pomena. Le tako lahko pomembno izboljšamo kakovost učne delavnice naslednja leta, saj kot je pokazala anketa, izvedena ob zaključku delavnice, udeleženci želijo, da postane stalnica. Pravzaprav je bil povratni odgovor zelo spodbuden. Naj omeniva, da je bila skupna ocena delavnice 1,7 (na lestvici od -2 do +2). Prav tako so bili praktično vsi ostali vidiki in predstavitve ocenjeni nad 1,4. Nenazadnje so udeleženci podali še nekaj predlogov za izboljšave, ki jih bomo nedvomno upoštevali pri organizaciji naslednje delavnice. Še zmeraj pa ostaja ključno, da smo študentje dobili odgovore na svoja vprašanja iz prve roke.

Naša želja – čim bolj se seznaniti s postopki po zaključnem študiju oz. o načinih nadaljnjega izobraževanja – se je z letošnjo delavnico pričela izpolnjevati. Želimo si le, da bo naša odločitev o nadaljni usmeritvi čim bolj kakovostna, pri čemer je jasno, da je takšna delavnica le kamenček v mozaiku odločanja. Kot vemo, se je obdobje sekundarijata skrajšalo na šest mesecev, po katerih se že lahko prijaviš na eno samo specializacijo, za katero misliš, da je prava zate. Vsekakor je smiselno pridobiti čim več informacij, od načina prijave pa vse do vsebin dela v realnem vsakdanu zdravnika. Predvsem slednje je tisto, kar nas študente najbolj bega. Vsi vemo, da smo študentje medicine po naravi zelo vedoželjni ljudje, in prav zato si je nemogoče predstavljati, da bi v prostem času obiskali prav vse oddelke oz. področja možnega delovanja zdravnika in jih pri tem tudi dodobra spoznali. Želimo pa, da bi tistih nekaj, ki jih bomo samoiniciativno vendarle obiskali, zadostovalo za odločitev, kam.

Za konec bi se rada zahvalila vsem, ki so prispevali svoj del k organizaciji učne delavnice, in tudi vsem, ki so se je udeležili ter s povratnimi informacijami pomembno prispevali k izboljšanju kakovosti v prihodnjih letih.

Izvedbo delavnice so omogočili: Študentski svet Univerze v Mariboru, Medicinska fakulteta UM, Univerzitetni klinični center Maribor, Društvo študentov medicine Maribor, Radenska in Fotokopirnica Jazbec.



Pred pričetkom učne delavnice. Od leve proti desni: asist. dr. Sebastjan Bevc, dr. med., prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., in doc. dr. Anton Crnjac, dr. med. (foto: Tina Sovič).



Med predstavitvijo kirurških specializacij. Andreja Petrun, dr. med., in izr. prof. dr. Mirt Kamenik, dr. med. (foto: Tina Sovič).



Razprava o prijavah na specializacije. Prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med. (levo), in Tomaž Krenčnik, dr. med. (foto: Tina Sovič).

## Tropska medicina

# Zdravniki s Papue

Anže Mihelič

Pred nekaj meseci smo se iz daljne Papue Nove Gvineje vrnili trije mladi zdravniki. Naša odprava »Papua 2008« je potekala v okviru Sekcije za tropsko medicino MF v Ljubljani. Več kot leto dni pred odhodom smo neutrudno iskali sponzorje, donatorje zdravil in sanitetnega materiala ter se intenzivno strokovno izobraževali o boleznih, ki so značilne za tamkajšnje območje: malarija, denga, tuberkuloza, tifus, japonski encefalitis, filarija, hemoragične mrzlice.

## Slaba zdravstvena organizacija

Kot je značilno za dežele nerazvitega sveta, je tudi na Papui Novi Gvineji zdravstvena statistika zelo slaba. Podatki iz leta 2006 so naslednji:

- pričakovana življenjska doba ob rojstvu: moški 60 let, ženske 64 let,
- umrljivost v starostni skupini od 0 do 5 let: 73 na 1000 živorojenih,
- vladni proračun nameni za zdravje: 134 USD letno na osebo.

Z delom smo pričeli v prestolnici Port Moresby, kjer smo nabavili zdravila, ki jih v Sloveniji ni oziroma so na Papui veliko cenejša kot pri nas. Prevladujejo kitajski generiki, katerih kakovost je vprašljiva, zato smo raje kupovali generična zdravila avstralskega porekla. Na naše veliko

presenečenje so bile lekarne v prestolnici tudi z najosnovnejšimi zdravili izjemno slabo založene, zato smo morali za dopolnitev naše predhodno načrtovane zaloge obiskati veliko različnih večjih lekarn. Zdravnikov povsod v državi primanjkuje, sploh izven prestolnice, saj so slabo plačani. Problem je tudi beg izobraženih in sposobnih kadrov v bližnjo Avstralijo, kjer si lahko z delom bistveno izboljšajo družbeni položaj.

## Delo na terenu

Dobro oboroženi z zdravili smo se odpravili povsem na vzhod v mesto Alotau v provinco Milne Bay. V celotni provinci, ki pokriva površino v velikosti polovice Francije, imajo le eno bolnišnico, ki pa ima tri povsem nove operacijske dvorane z moderno kirurško opremo. Podarila jo je avstralska vlada. S pomočjo tamkajšnjih maloštevilnih zdravnikov smo začrtali našo pot za delo na terenu. Odločili smo se nuditi zdravniško pomoč čim večjemu številu prebivalcev, hkrati pa na vsakem delovnem mestu ostati dovolj časa, da bi lahko preverili učinkovitost terapije, preden bi se premaknili drugam. Tako smo naredili kompromis med tema dvema zahtevama in na vsakem kraju ostali od enega do dveh tednov. Naš cilj je bil delati v najbolj odročnih, težko dostopnih območjih, kamor zdravniki nikoli ne zaidejo. Da bi si lažje predstavljali različne ravni zdravstvene oskrbe na Papui Novi Gvineji, bom opisal naše delo v dveh vaseh.

Naš »dom«



Statistika primerov v času našega dela v Watulumi

Simptomi	Št. primerov maj 2008	Št. primerov leta 2007
Kašelj	9	153
Pljučnica otroci 0–4 let	10	38
Pljučnica odrasli in otroci nad 5 let	11	92
Ostale respiratorne bolezni	13	160
Driska otroci 0–4 let	23	70
Driska odrasli in otroci nad 5 let	16	31
Malarija	274	1627
Poškodbe	34	344
Kožne bolezni	56	333
Ušesne bolezni	19	152
Očesne bolezni	14	85
Ostalo	207	1666
Skupaj novih primerov	686	4751
Kontrolni pregledi	1299	8472
<b>Vsi skupaj</b>	<b>1985</b>	<b>13.223</b>

Starostna sestava prebivalstva na celotnem področju, ki ga pokriva bolnišnica v Watulumi:

manj kot 1 leto starosti	201
1–4 leta	755
5–14 let	1636
15–44 let	2876
nad 45 let	818
<b>vsi skupaj</b>	<b>6286</b>



Tropska razjeda



»Bolnišnica« v vasici Ufa-Ufa

## Misijon v Watulumi

V 19. in 20. stoletju je potekalo intenzivno delovanje misijonarjev, ki so predvsem po otokih ustanovljali misijone, v okviru katerih so poleg verske prevzgoje lokalnemu prebivalstvu nudili tudi zdravstveno oskrbo. Mnogo misijonov deluje še danes. V enem od njih smo delali tudi mi.

Watuluma je majhna vasica na otoku Goodenough z okoli 700 prebivalci in je več kot deset ur plovbe oddaljena od celine. Tam že več desetletij stoji misijonarska bolnišnica s šestdesetimi posteljami, kamor prihaja po pomoč skoraj ves otok. Zgradbe so preproste, okolica je urejena, sobe so posebej ločene za moške, ženske, otroke in nosečnice. Povsem ločena stavba je namenjena bolnikom s tuberkulozo. Imajo malo operacijsko sobo, porodniško sobo, laboratorij za preiskavo kaplje krvi ob sumu na malarijo in celo zastarel UZ. Za sterilizacijo uporabljajo velik ekonom lonec.

Elektrika je bila na voljo dopoldne in nekaj ur popoldne. Nune, ki vodijo misijon, so nam ponosno predstavile svoje reševalno vozilo, Land Cruiserja, s katerim se lahko vozijo po visoki travi po edinem kolovozu na otoku. Na podlagi več desetletnih izkušenj imajo zavidljivo praktično medicinsko znanje in so mojstri improvizacije, tako da smo se pri njih naučili marsikatero uporabno rešitev. Zaradi pomanjkljivega medicinskega znanja in brez pomoči dodatne diagnostike smo opazili, da prepogosto uporabljajo antibiotike in si ne upajo hitro obilno hidrirati bolnikov, tudi kadar bi bilo to res nujno potrebno. Njihov pristop k zdravljenju je glede na razmere povsem enostaven: pomislijo na vse možne diferencialne diagnoze in jih sočasno zdravijo, saj časa za eksperimentiranje ni. Tako na primer vsak z vročino dobi antimalarik, paracetamol in antibiotik. Linija med življenjem in smrtjo je na Papui res tanka. Veliko napačnih diagnoz kljub vsemu nismo opazili. Kot zanimivost bi izpostavil primer, ko so anamnestično tipičen gastritis zdravili z morfijem in antibiotikom, kar kljub nekajdnevni zdravljenju ni prineslo izboljšanja. Ko smo vso njihovo terapijo ukiniteli in predpisali omeprazol, so težave hitro izginile in vsi so nas prav občudujoče gledali.

Iz tabele je razvidno, da malarija predstavlja največji problem. Zaradi nizke ravni higiene in vlažnega tropskega okolja ni presenetljivo, da je veliko kožnih bolezni, predvsem glivičnih. Pravo malo revolucijo smo naredili z antiseptičnimi oblogami za kronične rane in razjede, prinesenimi iz Slovenije.

Na Papui Novi Gvineji prevladujejo mladi ljudje. Zaradi slabe zdravstvene oskrbe, težkega fizičnega dela in pogostih hudih tropskih bolezni malo ljudi dočaka pozno starost.

V Watulumi smo bili pozitivno presenečeni nad dosledno izpeljanim programom cepljenja proti ošpicam prav vseh otrok, tudi tistih iz najbolj oddaljenih vasic. Papuanska vlada je namreč ob avstralski denarni pomoči začela izvajati sistemsko zakonsko obvezno cepljenje vseh otrok proti tej bolezni.

### Ufa-Ufa

Še bolj pristno tropsko delo pa smo doživeli v vasi Ufa-Ufa. Spali smo na tleh v lesenih kolibah v varnem zavetju mrež proti komarjem. Umivali smo se v bližnjem potoku, moško kopališče je bilo obvezno ločeno od ženskega. V tisti majhni vasi je živel največ dvesto ljudi, razkropljenih po vseh koncih, kakor da bi bili izgubljeni med mogočnim zelenim tropskim rastjem. Zdravnika niso videli že skoraj štiri leta, so nam zaupali domačini. Njihovo okno v svet medicine predstavlja majhna lesena hiška, v kateri hranijo nekaj razpadajočih pivojev in že zdavnaj pretečenih zdravil. Približno enkrat na leto jih obiščejo medicinske sestre in zdravijo po svojih najboljših močeh. V Ufi-Ufi smo se res izkazali kot učinkoviti in koristni gostje.

Pri delu v tropih brez improvizacije nikakor ne gre. Tla v hiški smo skrbno očistili in razkužili, da smo imeli prostor za manjše operacijske posege. Opazovalnico za bolnike smo postavili kar zunaj za hišo v senci pod drevesom. Delali smo od 8.00 do 16.00, vmes je bil odmor za kosilo, ki so nam ga domačini v znak hvaležnosti vselej okusno pripravili. Vedno smo jedli nekakšen krompirjev gomolj, imenovan jam, zraven pa še zelenjavo in malo mesa. Na srečo smo bili na Papui ravno v obdobju, ko je bilo vseposod polno svežega sadja in zelenjave. Velik problem je bilo sodelovanje bolnikov pri zdravljenju. Zdravil za večdnevno terapijo jim nismo hoteli dati vseh naenkrat, saj je znano, da jih pogosto prodajajo oziroma ne vzamejo vseh tablet do konca, kakor jim je naročeno.

### Končna ocena odprave

Ko smo zapuščali papuanska tla, sem bil od odprave prijetno utrujen. Bilo je naporno, na trenutke povsem nepredvidljivo. Danes, ko mineva skoraj leto dni od našega odhoda, veliko lažje ocenim, kaj se je tam na drugem koncu sveta v resnici dogajalo. Vse bolj glasen postaja klic domačinov, naj se naša pomoč vrne, čeprav je predstavljala le kapljo v ocean vseh pomoči potrebnih. A občasna elektronska pošta prijatelj s Papue me le še bolj utrdi v prepričanju, da šteje prav vsaka kaplja. Podobno filozofijo polagam na srce tudi vsem prihodnjim odpravam na nepozabno avanturistično Papuo Novo Gvinejo.



Mala operacijska po tropsko



Pregledovanje najmlajših pogosto zahteva veliko potrpljenja.



Domačini so nas povsod tople sprejeli.

Spletno izobraževanje

# Nove možnosti za stalno strokovno izobraževanje zdravnikov družinske medicine

Igor Švab, Marija Petek Šter

Svet za izobraževanje zdravnikov je na svoji seji 18. marca 2009 predlagal povečanje števila kreditnih točk, ki jih Zdravniška zbornica Slovenije zahteva za podaljšanje licence. Dosedanje število točk, ki jih mora zdravnik, ki želi podaljšati licenco, zbrati v sedmih letih, je 75 točk, s tem, da ena točka predstavlja eno uro izobraževanja zdravnika. Število potrebnih točk za podaljšanje licence je v Sloveniji v primerjavi z ostalimi evropskimi državami zelo nizko. Ugotovljeno dejstvo je spodbudilo razpravo v svetu za izobraževanje, posledica katere je bil predlog za povišanja kreditnih točk na 250 v obdobju petih let (oziroma 50 v enem letu).

Predlog je bil, da bi poleg dosedanjih točk, ki jih zdravniki zbirajo tako, da se udeležujejo srečanj, ki jih Zdravniška zbornica Slovenije priznava za podaljšanje licence, upoštevali tudi točke, ki jih zdravniki pridobijo s pomočjo izobraževanja, dostopnega preko svetovnega spleta in internih strokovnih izobraževanj (npr. z udeležbo na internih strokovnih sestankih). Zahtevano število točk bi se porazdelilo tako, da bi zdravnik polovico zahtevanih točk zbral na dosedanji način (z udeleževanjem srečanj, ki jih Zdravniška zbornica priznava za podaljševanje licence), drugo polovico pa s pomočjo internih izobraževanj, ki bi bila ustrezno dokumentirana, da bi bilo mogoče oceniti število na ta način pridobljenih točk.

Zdravniki družinske medicine predstavljamo najštevilčnejšo skupino zdravnikov v Sloveniji. Podpiramo predlog sveta za izobraževanje zdravnikov o povečanju števila kreditnih točk za podaljšanje licence, še posebej pa podpiramo predlog za pridobivanje kreditnih točk s pomočjo internih izobraževanj, kamor sodi tudi izobraževanje s pomočjo uporabe svetovnega spleta, ter manjših internih izobraževanj, ki bi zdravnikom omogočala bolj aktivno vlogo v procesu izobraževanja. Predavanja, ki so najpogostejša metoda poučevanja na eksternih strokovnih srečanjih, puščajo poslušalca večinoma pasivnega in pogosto niso zasnovana na dejanskih potrebah udeležencev, ki pogrešajo navodila za reševanje konkretnih problemov.

V Združenju zdravnikov družinske medicine ob podpori Katedre za družinsko medicino razmišljamo o novih možnostih za izobraževanja zdravnikov družinske medicine, ki bi zdravnikom dala potrebno znanje in veščine ter jim pomagala pri oblikovanju ustreznega profesionalnega pristopa k obravnavi bolnika. Združenje že 25 let organizira delavnice za mentorje v družinski medicini, kjer vsako leto obravnavamo eno od za zdravnika družinske medicine pomembnih področjih, ki pa ni neposredno vezano na obravnavo kliničnih problemov. Letos poteka drugo leto, ko organiziramo delavnico o poučevanju in ocenjevanju za mentorje specializantom družinske medicine, z jesenjo pa razmišljamo o pripravi klinično usmerjenih delavnic za zdravnike, na katerih bi na multidisciplinaren način obravnavali probleme naših, pogosto multimorbidnih bolnikov. Delavnice smo si zamislili tako, da bodo temeljile na reševanju konkretnih problemov, upoštevajoč potrebe in izkušnje udeležencev.

Svetovni splet je pomemben vir informacij, postaja pa tudi medij za stalno strokovno izobraževanje. Klasične oblike izobraževanja so povezane z odsotnostmi iz ambulant, ki si jih kolegi ob pomanjkanju zdravnikov pogosto težko privoščijo, zato je takšen način izobraževanja dodatna možnost za vse zdravnike, predvsem za tiste, ki delajo na dislociranih enotah, kjer je običajno še težje urediti nado-meščanje za udeležbo na eksternih izobraževanjih oziroma pripraviti interna strokovna izobraževanja.

Tudi tukaj nameravamo po vzoru iz tujine (npr. Medscape CME) v bodoče pripraviti spletno stran, ki bo zdravnikom družinske medicine in ostalim zainteresiranim zdravnikom omogočala izobraževanje preko spleta v slovenskem jeziku.

Za kakovostno delo je potrebno obnavljanje že pridobljenega znanja in veščin ter sledenje razvoju stroke, kar je ob potrebni širini znanja in ob trenutnem pomanjkanju zdravnikov družinske medicine težje, kot za marsikaterega kliničnega specialista, zato je v tem trenutku ena izmed ključnih nalog strokovnih združenj s področja družinske medicine, da skrbijo za vsem zdravnikom dostopne in raznolike oblike stalnega strokovnega izobraževanja.



# Osnove ultrazvočne anatomije trebušne votline

*Marjan Skalicky, Igor Japelj*

**Avtorji: V. Flis, E. Gadžijev, D. Ravnik, J. Matela, M. Brvar, N. Kobilica, A. Bergauer. Založba Pivec v sodelovanju z Medicinskim mesečnikom, Maribor 2009, 256 str., 1000 izvodov.**

**Od letošnje pomladi je slovensko zdravstveno slovstvo bogatejše za nov, 256 strani obsegajoč učbenik s področja ultrazvočne diagnostike. Urednika knjige, doc. dr. Vojko Flis in asist. Nina Kobilica, sta ob strokovnjakih, ki se ukvarjajo z ultrazvočno diagnostiko organov v trebušni votlini, pritegnila k pripravi knjige tudi anatom prof. dr. Deana Ravnika, abdominalnega kirurga prof. dr. Eldarja Gadžijeva in rentgenologa prim. Jožeta Matelo; tako je zagotovljena široka obravnava tega strokovnega področja.**

Kot sta v predgovoru napisala urednika, so zamisel, da se lotijo priprave take knjige, dobili potem, ko so organizirali v Mariboru več učnih delavnic, kjer so se udeleženci seznanili, kako se normalne anatomske strukture v trebušni votlini prikažejo pri ultrazvočni preiskavi. Ugotovili so namreč, da večina tujih učbenikov ne ustreza povsem namenom takih učnih delavnic.

Dosedanji propedeutični pregled trebuha s palpacijo, avskultacijo in sukusijo ne zadošča za oceno stanja normalne anatomije, kaj šele patoloških sprememb. Zato je smiselno in nujno vrednotiti UZ-tipalo (sondo) kot »fonendoskop abdominalnega pregleda«. Zato je to tudi zdravnikova osnovna objektivna preiskovalna tehnika ocenitve normalne ali patološke anatomije.

Poleg osnovnega namena te knjige – prikaza normalne ultrazvočne anatomije trebušne votline – sta dodana tudi opis ultrazvočnih značilnosti anevrizme aorte ter hitrega ultrazvočnega presejalnega pregleda trebušne votline pri poškodovancih (FAST = focused abdominal ultrasound in trauma).

Ta učbenik bo koristen vsem, ki se želijo naučiti osnov ali obnoviti in utrditi znanje o tem, kakšen je ultrazvočni prikaz normalnih, klinično pomembnih struktur v trebušni

votlini. Le dobro poznavanje le-teh namreč omogoča zanesljivejšo prepoznavo in diagnozo vseh nepravilnosti.

Ker je trebušna votlina področje, ki ga obravnavajo internisti, kirurgi, pediatri, ginekologi in tudi splošni zdravniki, bo uporabnikov tega učbenika veliko.

Ob uvodnem opisu fizikalnih osnov ter ultrazvočne preiskave same je knjiga, upoštevajoč, da so v trebušni votlini različne anatomske strukture – parenhimatozni organi, črevesje, žile, urogenitalni organi ter potrebušnica, razdeljena na osem ustreznih poglavij; najobširnejše so prikazana jetra.

Pretežni del knjige zavzemajo ehogrami, kar je izredno koristno; najlažje si namreč pri slikovnih preiskavah zapomnimo in ponovno prepoznamo tisto, kar smo že videli.

Tej knjigi daje kot učbeniku posebno kakovost dejstvo, da je pri večini ehogramov na isti strani tudi zelo pregledna shema ehograma, prikaz anatomije tega področja ter skica, kako usmerjeno in kje na površini telesa preiskovanca moramo položiti tipalo. Za boljše razumevanje nekaterih ultrazvočnih prerezov so priložene tudi slike ustreznega področja, posnete z računalniško tomografijo ali z magnetno resonanco.

Ehogrami, ki so jih posneli avtorji knjige v standardnem dvodimenzionalnem prikazu, so zelo kakovostni zaradi dobre ločljivosti. V knjigi so opisani in prikazani tudi standardni ultrazvočni prerezi ter navedene normalne mere nekaterih organov in žil v trebušni votlini, kar je v veliko podporo v vsakodnevni praksi.

Čeprav je knjigo pisalo in oblikovalo relativno veliko avtorjev, so ti tako usklajeni, da deluje kot sinhrona celota. Želeli bi, da bi se avtorji kmalu zopet lotili take zahtevne naloge in napisali učbenik z značilnimi ultrazvočnimi slikami najpogostejših patoloških sprememb v trebušni votlini.

# Prepoznavanje in zdravljenje različnih oblik depresije

Andrej Žmitek

Uredila Marko Pišljar in Janja Milič. Izdala in založila Psihiatrična bolnišnica Idrija. 121 strani, naklada 500 izvodov. Idrija 2007.

Monografija obravnava različne vidike ene ključnih duševnih motenj, depresije. Ker so si posamezni prispevki med seboj po vsebini različni, se mi zdi smiselno predstaviti vsakega posebej.

*Jože Felc:* Uvodno razmišljanje se loteva depresije kar z devetih različnih vidikov in ob tem odraža značilnosti avtorja, ki je psihiater z dolgoletnimi izkušnjami, mislec in literat. Zato pušča bralcu, vajenemu standardnih psihiatričnih besedil, nekoliko nenavaden občutek. Odpira provokativna vprašanja, npr. »ali smemo deliti žalost in depresivnost, ali ni oboje pravzaprav samo linija iste psihopatološke pojavnosti«. Razmišljanja, ki tako izrazito izstopajo iz običajnega miselnega okvira, so dragocena vzpodbuda k preverjanju psihiatrične tradicije; hkrati pa se mi zdi koristno, da se takšna vprašanja razčistijo – kot pravi avtor – »na akademski ravni«, preden si jih zastavimo ob kliničnem delu.

*Blanka Kores Plesničar:* Prispevek prikazuje integralen način zdravljenja depresije s poudarkom na uporabi zdravil. Poudarja pomen doseganja remisije, kar je v psihiatriji relativno nov koncept, zelo pomemben za kakovost življenja bolnika in za potek bolezni. Poleg zdravljenja v ožjem smislu obravnava tudi družbeno klimo in odnos medijev v funkciji možnosti uspešnega zdravljenja. Ob tem, ko je zelo ustrezno navedeno elektrokonvulzivno zdravljenje kot učinkovita možnost doseganja remisije, se mi utrne misel, da je dolgoletna odsotnost tega načina zdravljenja v Sloveniji še en dokaz, da (ne)učinkovitost zdravljenja ni odvisna le od stroke, ampak tudi od družbene, politične in medijske situacije.

*Rok Tavčar:* Kadar zdravljenje depresije ni dovolj učinkovito, kaže najprej preveriti sodelovanje bolnika pri zdravljenju in njegovo socialno situacijo. Ko pa ocenimo, da je treba okrepiti učinek zdravil, imamo na razpolago različne možnosti. Zanimivo je, da v prispevku ne najdemo navedbe o sočasni uporabi dveh antidepressivov in tudi v drugi strokovni literaturi je tak način zdravljenja omenjen le poredko. V vsakdanji praksi pa je to – ob dodajanju atipičnega antipsihotika – najbrž najpogostejši terapevtski pristop k rezistentni depresiji. Razprava o razlogih za tako neskladje med priporočili in prakso bi bila gotovo zanimiva.



*Janja Milič:* Prispevek o depresiji pri odvisnih od alkohola nas nehote spomni na uvodno razmišljanje o depresiji. Glede na očitne povezave med depresijo in odvisnostjo, ki se pojavljajo na različnih ravneh, med vrsticami zaslutimo vprašanje, kaj depresija sploh je. Samostojna bolezen z močno dedno osnovo, ki poveča verjetnost nastanka drugih duševnih motenj? Klinični sindrom, ki nastane ob nespecifičnih zunanjih obremenitvah in/ali vnašanju psihotropnih snovi v organizem? Trenutni psihopatološki odraz patofiziološke motnje, katera se utegne ob nekoliko spremenjenih pogojih odraziti kot odvisnost ali morebiti kot anksiozna motnja? Ker odgovora na zastavljeno vprašanje še nimamo, kaže upoštevati pragmatični nasvet avtorice: biti pozoren na odvisnost pri bolniku z depresijo in na depresijo pri bolniku z odvisnostjo.

*Marko Pišljar:* Če izvzamemo praktično koristna opozorila o specifični klinični sliki depresije pri starostnikih, ki je pomembna ovira pri pravočasni postavitvi diagnoze, je pomembna rdeča nit očitna analogija s prispevkoma Felca in Miličeve. Tudi tu si namreč lahko zastavimo vprašanje – kaj je depresija? S tem mislim na tesno povezanost organskih sprememb v možganih, bodisi fizioloških ali patoloških, ki spremljajo proces staranja, s pojavom depresije. Pri tem pa znanost še ne uspe pojasniti, kaj od tega je vzrok in kaj posledica.

*Milada Mujabašić:* Opis bolnišnične psihoterapevtske obravnave depresije zamudi dragoceno možnost razmišljanja o specifični bolnišnične psihoterapije v nasprotju z bolj tradicionalno ambulantno. Tak pristop bi glede na omejeno dolžino bolnišničnega zdravljenja nedvomno zaostрил vprašanje psihoterapije prve izbire. Avtorica najbrž – glede na dejansko prakso – povsem ustrezno ugotavlja, da je način izvajanja psihoterapije odvisen od izkušenj in teoretične usmerjenosti psihoterapevta. Tudi sicer srečamo v našem prostoru stališča, da so različni psihoterapevtski pristopi enakovredni v smislu koristnosti oz. učinkovitosti. Ob tveganju, da bom dregnil v sršenje gnezdo, trdim, da je danes na razpolago že dovolj podatkov, ki omogočajo izbiro psihoterapevtske tehnike po meri bolnika in njegove duševne motnje.

*Maja Rus Makovec:* Depresija – ne glede na vzrok – ne obstaja v praznem prostoru, ampak pomembno součinkuje z medosebnimi odnosi. Na slednje kar praviloma deluje negativno, po drugi strani pa se pogosto pojavi v situaciji, ko odnosi niso urejeni. Tako se še četrtič ob branju monografije lahko vprašamo, kaj depresija sploh je: način reagiranja na neugodno situacijo ali pa bolezen, ki pomembno prizadene socialno funkcioniranje; možen je sicer odgovor »oboje«, vendar ta problema ne reši, ampak ga še bolj zaplete.

*Vlasta Meden Klavora:* Prispevek o skupinski psihoterapevtski obravnavi bolnikov z depresijo nazorno prikaže, kaj se utegne dogajati »za odrom«. Depresivna bolnica, ki bi jo v običajni ambulantni obravnavi videli kot eno izmed mnogih z delnim odzivom na zdravljenje in občasnimi epizodami izrazitejše depresivnosti, v terapevtski skupini razkriva razloge za depresivnost v smislu specifičnih vzorcev mišljenja in dožemanja, ki součinkujejo z objektivnimi dogodki. Takšno razumevanje dopušča možnost trajnejšega izboljšanja klinične slike. Pri konkretni bolnici se je problem začel razpletati šele po približno enem letu sodelovanja v terapevtski skupini.

*Nada Anič:* Avtorica je v zadnjih petnajstih letih opravila veliko delo pri uvajanju kognitivno-vedenjske terapije v Slovenijo. Ni jasno, zakaj dosledno uporablja izraz vedenjsko-kognitivna terapija, ko ima uveljavljen izraz v anglosaškem svetu, od koder terapija izvira, obrnjeno zaporedje. Ta vrsta psihoterapije ima verjetno največ trdnih dokazov o učinkovitosti pri depresiji. Avtorica podaja nekaj osnovnih informacij in razloži kognitivno-vedenjski model depresije: človekova osnovna prepričanja, ki so pretežno posledica zgodnjih izkušenj, v součinkovanju z neugodno objektivno situacijo povzročijo mišljenje z negativno vsebino, ki ima za posledico bolezenske simptome; slednji spet okrepijo negativne misli.

V celoti gledano predstavlja monografija pomembno dopolnitev slovenske psihiatrične literature. Glede na vsebino bi jo priporočil predvsem zdravnikom psihiatrom, posamezna poglavja pa bodo zanimiva tudi za njihove sodelavce.



# Ali naj bo široko črevo ali debelo črevo

Razprava na XXXIX. memorialnem sestanku prof. Janeza Plečnika 4. in 5. decembra 2008

*Srečko Košuta*

Vsa čast in pohvala predavateljem za lepa in zanimiva predavanja, lepo podana tudi z didaktičnega vidika. A vzemite za dobrohotno tudi mojo kritično misel, ki se nanaša na terminologijo. Prav bi bilo, da bi na Plečnikovem memorialnem sestanku govorili o tumorjih širokega črevesa in ne o tumorjih debelega črevesa.

Prof. Janez Plečnik je menil, da je pravilen izraz za kolon široko črevo. Tako je tudi napisal v knjigi »Repetitorij anatomije«, ki smo jo pridno uporabljali v zaključni fazi priprav na izpit iz anatomije. Sam sem ta izpit opravljal pri prof. Janezu Plečniku leta 1940 in mislim, da bi ga užalil, če ne bi bilo kaj hujšega, ko bi v odgovoru na morebitno vprašanje s tega področja uporabil izraz debelo črevo. A tudi kasneje v svoji zdravniški praksi, kot internist, sem uporabljal izraza ozko črevo in široko črevo.

Plečnik nas je prepričal, da gre za opredelitev lumna prebavne cevi, ki je lahko ozka ali široka. Nitka je tanka ali debela. Plečnik je večkrat že na začetku predavanja polemiziral o medicinski terminologiji. To mu je bil konjiček.

Mislim, da ste organizatorji Plečnikovega memorialnega sestanka zamudili priložnost, da bi se pogovorili z gastroenterologi, naj bo s kirurgi kot z internisti s tega področja, da bi prav zdaj, ob tej priložnosti, uporabljali Plečnikovo terminologijo, ki je prepričljiva in za vse sprejemljiva. Ne upam si trditi, da to velja za vse Plečnikove slovenske izraze.

Tudi prim. del Cott v svojem Medicinskem terminološkem slovarju piše: kolon je široko črevo. In ta njegov slovar je že do leta 1984 doživel pet izdaj, uporabljajo pa ga poleg zdravnikov predvsem srednji medicinski kadri, medicinske sestre in zdravstvene administratorke. Vem, da so v večini tisti, ki uporabljajo izraz debelo in tanko črevo, neposreden prevod iz nemških besed Dickdarm in Dündarm. Tudi Plečniku se je ponujala ta možnost, ko je prevajal Breitensteinov Repetitorium der Anatomie, a se je takšnemu neposrednemu prevodu izognil.

Morda najdemo drugo lepo priložnost, da to napako popravimo in se poenotimo na Plečnikovem stališču.

## Slovenski medicinski slovar

*Dušan Sket, odgovorni urednik SMS*

V imenu uredništva Slovenskega medicinskega slovarja vam sporočam, da smo bili zelo veseli izčrpnega poročila o spletnem slovarju v majski številki Isis. Naj ponovim še enkrat, Slovenski medicinski slovar delamo za slovensko medicino in za slovenskega človeka. Po skoraj treh desetletjih ustvarjanja tega slovarja lahko kaj pokažemo. Seveda slovarja ne bi bilo, če ne bi imeli pokrite tudi finančne plati delovanja uredništva slovarja. Med več sponzorji naj omenim predvsem Lek, Zdravniško zbornico Slovenije in Ministrstvo za zdravje RS. Tako zbiramo sredstva in

delamo slovar. Radi bi izdali tudi peto, za 6000 do 7000 izrazov bogatejšo izdajo slovarja. Natisnili bi npr. skromnih 500 izvodov. Zato skušamo nekaj prihraniti, da bo za tisk. In glej, dobrohotna slovenska država, ta matica naše samobitnosti, nam na koncu leta odmeri obdavčenje ostankov (20-odstotno). In potem se postavlja vprašanje: varčevati ali ne varčevati. In za kaj? In čemu?

# ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

**prijavljam se za udeležbo**       **prosim, pošljite informacije**       **drugo**

(ustrezno obkrožite oz. dopišite)

srečanje

ime in priimek udeleženca

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 praktične usposabljanju**

Prosim informacije o možnostih nočitve

**da**

**ne**

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

**s položnico**

**ob prijavi**

Datum

Podpis

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>1.–2. ob 9.00 • 18. MEDNARODNI SIMPOZIJ INTENZIVNE MEDICINE IN 15. SEMINAR INTENZIVNE MEDICINE ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVSTVENE TEHNIKE</b> podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Golf	ni omejeno	mednarodni simpozij je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in drugim, ki delajo na intenzivnih in urgentnih oddelkih	Slovensko združenje za intenzivno medicino, doc. dr. Andrej Pernat, dr. med.
<b>3. ob 9.00 • BRONHOPULMONALNA DISPLAZIJA</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Grand hotel Union (Orhideja)	100	mednarodni simpozij, namenjen pediatrom	Združenje za pediatrijo SZD, UKC Ljubljana, Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom
<b>3. ob 9.00 • DOBRA KOMUNIKACIJA MED ZDRAVNIKOM IN PACIENTOM JE TUDI SESTAVNI DEL USPEŠNEGA ZDRAVLJENJA</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Hotel City, Dalmatinova ulica 15	ni omejeno	delavnica je namenjena zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, ki po svoji službeni dolžnosti komunicirajo s pacienti in njihovimi svojci	ODIN d.o.o, Janez Juvan
<b>5.–6. • 34. MEDNARODNO SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«</b>			
PORTOROŽ Avditorij	500	strokovno izpopolnjevanje zobozdravnikov	Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med., izvršni sekretar
<b>11. ob 9.00 • VEČKRATNO ODPORNE BAKTERIJE IN GLIVE V BOLNIŠNIČNEM OKOLJU</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, velika predavalnica	150	strokovno srečanje – podiplomsko izpopolnjevanje je namenjeno zdravnikom, mikrobiologom, študentom	Sekcija za klinično mikrobiologijo in bolnišnične okužbe Slovenskega zdravniškega društva, prof. dr. Srečko Koren, dr. med.
<b>11.–12. ob 9.00 • 44. KIRURŠKI DNEVI – PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC, predavalnica III, ter vajalnice Inštituta za anatomijo, MF Ljubljana	***	podiplomski tečaj iz kirurgije	Kirurška klinika UKC Ljubljana, Združenje kirurgov Slovenije
<b>12.–13. ob 14.00 • 22. ONKOLOŠKI VIKEND »PALIATIVNA OSKRBA BOLNIKA OB KONCU ŽIVLJENJA«</b> podroben program na spletni strani zbornice			
PORTOROŽ Kongresni center Bernardin	150–200	strokovno srečanje, namenjeno zdravstvenim delavcem in sodelavcem, ki se ukvarjajo s paliativno oskrbo	doc. dr. Janez Žgajnar, dr. med., Kancerološko združenje SZD, Onkološki inštitut Ljubljana, Zveza slovenskih društev za boj proti raku
<b>16. ob 19.30 • ZDRAVNIŠKI KONCERT PRO MEDICO</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA cerkev sv. Jakoba, Levstikov trg	***	koncert ob 30-letnici KUD-a KC in MF in 85-letnici prof. dr. Pavleta Kornhauserja	Društvo za oživljanje kulturne podobe starega mestnega jedra, Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, KC Ljubljana, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, T: 01 522 21 10, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	glej program na spletni strani zbornice	***
informacije: Mojca Štos, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KOP, Služba za neonatologijo, E: Mojca.Stos@kclj.si in dr. Irena Štucin Gantar, dr. med., UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KOP, Služba za neonatologijo, E: irena@gantar.com, prijave: do 30. 4. 2009 na naslov: Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, Zaloška 11, 1000 Ljubljana ali na W: www.nedonosencek.net	100 EUR, na Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom, TRR: 02014 005 099 3640, s pripisom: BPD	7,5
prijave: ODIN d.o.o., Stegne 21, Ljubljana, E: info@odin.si, informacije: Janez Juvan, T: 01 511 31 60, F: 01 519 71 26, E: info@odin.si	199,50 EUR	6
informacije: Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, 01 434 25 84	150 EUR + DDV, za upokojene zdravnike kotizacije ni	10
informacije in prijave: Inštitut za mikrobiologijo in imunologijo, Zaloška 4, 1000 Ljubljana, Mihaela Oberdank Hrastar, E: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si, T: 01 543 74 08, F: 01 543 75 18	50 EUR, za za upokojence, študente, pripravnike kotizacije ni	6
prijave: doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Univerzitetna klinika za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, E: ales.tomazic@kclj.si	teoretični del tečaja 80 EUR, teoretični in praktični del tečaja 180 EUR, za študente 30 EUR	15
prijave: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Amela Duratović, T: 01 587 96 25, F: 01 587 94 00, E: aduratovic@onko-i.si	120 EUR (DDV je vključen)	8
***	vstop prost	***

### 18. ob 18.00 • DIFERENCIALNA DIAGNOSTIKA IN ZDRAVLJENJE PO TEORIJ TRADICIONALNE KITAJSKE MEDICINE: DEGENERATIVNE BOLEZNI ŽIVČEVJA

LJUBLJANA sejna soba Slovenskega zdravniškega društva, Dalmatinova 10	10–20	V okviru Sekcije za akupunkturo Slovenskega zdravniškega društva organiziramo serijo predavanj s praktičnimi seminarji o zdravljenju s tradicionalno kitajsko medicino in akupunkturo. Na predavanju bodo udeleženci obveščeni o kraju in času praktičnega dela. Seminar je namenjen zdravnikom in zdravstvenim delavcem.	Sekcija za akupunkturo Slovenskega zdravniškega društva, mag. Petar Papuga, dr. med.
---	-------	---	---

### 18. ob 9.00 do 16.00 • KOMUNIKACIJA V PALIATIVNI OSKRBI OB KONCU ŽIVLJENJA – Kadar ni več kaj storiti, ostane še vedno nekaj

LJUBLJANA Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova 51	200	Strokovno usposabljanje za področji zdravstva in socialnega varstva je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem. Seminar bo potekal v angleščini in bo prevajan. Predavatelj: prof. dr. Stein Husebo, dr. med.	Slovensko društvo hospic
--	-----	---	--------------------------

### 18.–20. ob 16.00 • 12. SLOVENSKI UROLOŠKI SIMPOZIJ V SODELOVANJU Z ESU

VELENJE Hotel Paka	ni omejeno	mednarodni simpozij je namenjen urologom, onkologom, patologom in ostalim zdravnikom	Oddelek za urologijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, asist. mag. Marko Zupančič, dr. med.
-----------------------	------------	--	--

### 19.–20. • XXVII. DERČEVI DNEVI – PODIPLOMSKO IZOBRAŽEVANJE IZ PEDIATRIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program na spletni strani zbornice

LJUBLJANA Medicinska fakulteta, velika in srednja predavalnica, Korytkova ulica 2	***	podiplomsko izobraževanje, namenjeno pediatrom, specialistom šolske medicine, splošnim in družinskim zdravnikom, tudi medicinskim sestram ter vsem drugim, ki delajo na področju otroškega in mladinskega zdravstva	Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo
---	-----	---	---

### 22. ob 16.00 • TEČAJ KLINIČNE PREHRANE – KIRURŠKI BOLNIK podroben program na spletni strani zbornice

LJUBLJANA Onkološki inštitut	40	podiplomski tečaj za zdravnike, specialiste, specializante, klinične dietetike, medicinske sestre (tečaj je podiplomsko izobraževanje v okviru Evropskega združenja za klinično prehrano <a href="http://Illnutrition.com/course">http://Illnutrition.com/course</a> )	Slovensko združenje za klinično prehrano, Nada Rotovnik Kozjek
---------------------------------	----	--	--

### 28. 6.–2. 7. • 8. SVETOVNI KONGRES FETALNE MEDICINE

PORTOROŽ Hotel Bernardin	***	***	Fetal Medicine Foundation, profesor Kypros
-----------------------------	-----	-----	---

### 30. ob 13.00 • IAN TANNOCK (PRINCESS MARGARET HOSPITAL, TORONTO, CANADA): READING THE MEDICAL LITERATURE WITH A CRITICAL EYE: RECOGNIZING AND LEARNING FROM THE MISTAKES OF OTHERS

GOLNIK Bolnišnica Golnik - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	70	predavanje za zdravnike specialiste/specializante pulmologije, onkologije, interne medicine	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
--	----	---	--



prijave, informacije

kotizacija

k. točke

prijave: E: daofa@siol.net, informacije: Katerina Jazbec, Meta Pirš, T: 01 834 31 70, 041 759 577	***	***
prijave: Slovensko društvo hospic, 1000 Ljubljana, Dolenjska cesta 22, E: hospic@siol.net, F: 01 420 52 66 do 15. 6. 2009 oziroma do zapolnitve mest, informacije: Marjetka Vrhunc Mulej, T: 051 413 633 ali 05 994 77 66	140 EUR + DDV, poravnati jo je treba pred seminarjem na transakcijski račun organizatorja 05100-8010047155, sklic 7062, odprt pri Abanki Vip, d.d.	v postopku
prijave in informacije: Oddelek za urologijo, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec, Gosposvetska 1, 2380 Slovenj Gradec, Franc Kramer, dr. med., Cvetka Smrtnik, T: 02 88 23 463, F: 02 88 23 463, E: franc.kramer@sb-sg.si	150 EUR zdravniki, 100 EUR specializanti, 50 EUR spremljevalci	***
prijave in informacije: ga. Mihela Jurčec, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, Ljubljana, T: 01 522 92 24, E: mihaela.jurcec@kclj.si	enodnevna kotizacija 170 EUR, za oba dneva 210 EUR. Kotizacija za medicinske sestre za oba dneva 180 EUR. Plačilo kotizacije na izobraževanju: enodnevna 200 EUR, za oba dneva 230 EUR. Za upokojene zdravnike kotizacije ni. Kotizacijo nakažite na: Medicinska fakulteta Ljubljana, TRR: 01100-6030708380, sklic na št.: 250-3	v postopku
prijave: Enota za klinično prehrano, Onkološki inštitut, Zaloška 2, Ljubljana, informacije: E: nkozjek@onko-i.si, Denis Mlakar Mastnak, T: 587 96 79	kotizacije ni	v postopku
***	400 EUR	***
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si, W: www.klinika-golnik.si	kotizacije ni	v postopku

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>5. • III. KIMAVČEV MEDICINSKI TEK</b>			
UDIN BORŠT PRI KRANJU	***	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike
<b>18. ob 9.00 • 2. SIMPOZIJ SLOVENSKE MEDICINSKE GENETIKE »KONTROLA KVALITETE V KLINIČNI IN LABORATORIJSKI MEDICINSKI GENETIKI«</b>			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, predavalnica (stara porodnišnica)	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem, ki jih zanima oz. se ukvarjajo s kontrolo kakovosti na področju klinične genetike in v medicinskem laboratoriju	Združenje za medicinsko genetiko, SZD in Inštitut za medicinsko genetiko, UKC Ljubljana
<b>24. ob 17.00 • NA POTI NOVIH DOGNANJ: ŽENSKA - OTROK - MOŠKI</b>			
LJUBLJANA Hotel Mons	150	strokovno srečanje je namenjeno ginekologom in porodničarjem	Združenje za ambulantno ginekologijo, Marija Ilijaš Koželj, dr. med.
<b>24. ob 9.00 • DIABETIČNA NOGA – NOVOSTI IN AKTUALNOSTI podroben program na spletni strani zbornice</b>			
BLED Hotel Golf	***	Slovenski simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen vsem zdravnikom, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki s sladkorno boleznijo. Na simpozij so vabljeni tudi višje in diplomirane medicinske sestre, ki se ukvarjajo s to problematiko	Združenje endokrinologov Slovenije pri Slovenskem zdravniškem društvu – Delovna skupina za diabetično nogo, Slovensko osteološko društvo
<b>24.–26. ob 14.30 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA SRČNEGA POPUŠČANJA</b>			
PORTOROŽ Kongresni center Bernardin	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram, študentom	Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Texas Heart Institute, Houston, Teksas, ZDA, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., prof. dr. Igor Gregorič, dr. med.
<b>25. ob 9.00 • 5. CVAHTETOV DNEVI JAVNEGA ZDRAVJA: STRES, IZGORELOST IN MOBING KOT JAVNOZDRAVSTVENI PROBLEM (S POUČENJEM NA ZDRAVSTVENIH USTANOVAH)</b>			
LJUBLJANA Zavod za varstvo pri delu, Chengdujska 25	ni omejeno	strokovni posvet, namenjen strokovnjakom s področja javnega zdravja (zdravnikom in zobozdravnikom na področju javnega zdravja in v osnovni zdravstveni dejavnosti: specialisti javnega zdravja, socialne medicine, higijene, epidemiologije, medicine dela, prometa in športa, splošne in družinske medicine, šolske medicine...), drugim zdravstvenim delavcem ter vodilnim in vodstvenim delavcem zdravstvenih in ostalih ustanov, študentom dodiplomskih in podiplomskih študijev zdravstvenih usmeritev in drugi zainteresirani javnosti	Katedra za javno zdravje Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, prim. prof. dr. Marjan Bilban, doc. dr. Lijana Zatelet Kragelj
<b>25.–26. ob 9.00 • THE 1<sup>ST</sup> SOUTH-EASTERN EUROPEAN PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY (SEEPEG) MEETING</b>			
LJUBLJANA Medicinska fakulteta	150	mednarodni kongres je namenjen pediatrom, specialistom šolske in družinske medicine s področja jugovzhodne Evrope, ki se poglabljeno ukvarjajo s pediatrično gastroenterologijo	Služba za gastroenterologijo, Pediatrična klinika Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Katedra za pediatrijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, doc. dr. Rok Oreš, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovic@guest.arnes.si	***
prijave: E. natasa.teran@guest.arnes.si, T: 01 522 60 31	25 EUR, študenti brezplačno	v postopku
informacije in prijave: Darija Strah, dr. med., Diagnostični center Strah, Slamnikarska 3a, 1230 Domžale, E: info@strah.si, T: 05 906 36 00, 051 636 000, F: 05 906 36 01, E: info@strah.si	kotizacije ni	***
informacije in prijave: doc. dr. Vilma Urbančič, dr. med., T:/F: 01 522 27 38, E: vilma.urbancic@kclj.si ali ga. Marija Novak, T:/F: 01 522 27 38	kotizacije ni	***
prijave in informacije: www.slo-heart.org, Irena Orel, T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28, E: irena.orel@kclj.si	150 EUR, po 31. 8. 2009 200 EUR, za študente, specializante, sekundarji in medicinske sestre kotizacije ni	v postopku
prijave: Katedra za javno zdravje MF, Vrazov trg 2, Ljubljana, informacije: Lijana Zaletel Kragelj, Nina Dolenc, T: 01 543 75 40, E: nina.dolenc@mf.uni-lj.si	***	***
prijave: Pacient, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 Ljubljana, informacije: Rok Lokar, dr. med., T: 01 280 30 60, F: 01 280 30 91, E: rok.lokar@pacient.si	150 EUR	7

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>25.–26. ob 8.00 • GORIŠKI TRAVMATOLOŠKI DNEVI</b>			
NOVA GORICA Kongresni center Perla	***	posvet in učna delavnica, namenjena specialistom in specializantom kirurgije, travmatologije, ortopedije in fizioterapije	Franci Koglot, dr. med., Medicinska fakulteta Ljubljana, Katedra za kirurgijo, SB Nova Gorica, Travmatološki oddelek
<b>25.–26. • 3. KONGRES INTERNISTOV SLOVENIJE</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Smelt, velika dvorana, Dunajska cesta 160	***	kongres je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu	Združenje internistov SZD, prim. mag. Primož Vidali, dr. med.
<b>25.–26. • 7. SREČANJE ISPS SLOVENIJA »STARŠEVSTVO IN PSIHOZA«</b> podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Lovec	***	srečanje	ISPS Slovenija, Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz
<b>25.–26. ob 9.00 • ŠOLA NEVROSONOLOGIJE 2009 – 3. tečaj od skupno štirih</b>			
LJUBLJANA Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8, in UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Zaloška 7	do 20	šola je namenjena nevrologom, radiologom, internistom in zdravnikom drugih specialnosti, ki v diagnostiki uporabljajo ultrazvočne preiskave vratnih in možganskih žil	Klinični oddelek za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo v okviru Nevrološke klinike – UKC Ljubljana, Sekcija za možgansko-žilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, doc. dr. Bojana Žvan
<b>29.–3. 10. • LEARNING AND TEACHING ABOUT THE IMPACT OF MEDICALISATION IN GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE</b>			
BLED Hotel Jelovica, Cesta svobode 8, 4260 Bled	60	učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem v družinski medicine	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
<b>30. 9.–3. 10. • EVROPSKI KONGRES RAZISKOVALNE IN KLINIČNE OFTALMOLOGIJE (EVER)</b>			
PORTOROŽ Kongresni center, Hotel St. Bernardin	1100	mednarodno strokovno srečanje s področja raziskovalne in klinične oftalmologije za oftalmologe in raziskovalce na področju oči in vidnega sistema	EUROpean Association for Vision and Eye Research (EVER), Cankarjev dom, prof. dr. Marko Hawlina
<b>30. 9.–3. 10. ob 9.00 • SIMPOZIJ EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA SOCIALNO PEDIATRIJO IN ZDRAVJE OTROK – ESSOP 2009</b>			
MARIBOR Hotel Habakuk	ni omejeno	simpozij z učnimi delavnicami je namenjen vsem pediatrom in zdravnikom družinske medicine, politikom načrtovanja zdravstvenega sistema za otroke, menedžerjem zdravstvenega sistema in zdravstvenega zavarovanja, vladnim in nevladnim organizacijam s področja otrokovih pravic	Sekcija za socialno pediatrijo in zdravje otrok – Združenje za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva, European Society for Social Pediatrics and Child Health, UNICEF Slovenija – Nacionalni odbor za zdravje otrok, Inštitut za varovanje zdravja, prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med., spec.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
Franci Koglot, dr. med., GSM: 041 775 705, ga. Tanja Birsa, E: tanja.birsa@gmail.com	100 EUR	***
prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, 031 369 711, E: pvidali@siol.net, W: www.zis-szd.si	160 EUR (DDV vključen v ceno), plačilo kotizacije do 1. 8. 2009 130 EUR, za študente, upokojene zdravnike in sekundarije kotizacije ni	14,5
prijave in dodatne informacije: T: 01 428 84 06 ali 031 753 675, ga. Lidija Rumež Bozjak, E: psih.ord.r@siol.net	120 EUR, za člane društva ISPS 50 EUR	v postopku
prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, E: andreja@mozganska-kap.info, T: 05 901 12 34, F: 01 430 23 14	390 EUR + DDV	***
prijave in informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	kotizacije ni	***
prijave: www.ever.be, za namestitev: alenka.kregar@cd-cc.si, informacije: prof. dr. Marko Hawlina, Očesna klinika UKC, Grablovičeva 46, Ljubljana, T: 01 522 19 04, F: 01 522 19 60, E: marko.hawlina@mf.uni-lj.si	glej www.ever.be	***
prijave: ESSOP 09, Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi, informacije: gdč. Tadeja Osrajnik, T: 02 877 08 00, F: 02 877 08 30, E: tajnistvo@zd-radlje.si	***	***

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
<b>*** • PSIHOLOŠKE OVIRE PRI UČINKOVITEM ZDRAVLJENJU DIABETESA</b>			
LJUBLJANA Gospodarsko razstavišče, dvorana Urška	ni omejeno	seminar za vse, ki se ukvarjajo z diabetesom in želijo doseči boljše rezultate pri uvajanju intenziviranega zdravljenja	Zavod za izobraževanje o diabetesu
<b>1. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009 – TIMSKI PRISTOP V OBRAVNAVI INTERSTICIJSKIH PLJUČNIH BOLEZNI</b>			
GOLNIK Bolnišnica Golnik - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	40	delavnica je namenjena pnevmologom, internistom, radiologom in patologom ter specializantom omenjenih strok	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
<b>2.–3. • GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009</b>			
BLED Hotel Astoria	100	simpozij je namenjen zdravnikom specialistom/specializantom pulmologije, interne medicine	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
<b>2.–3. ob 9.00 • DOJENJE – SMO PRIPRAVLJENI NA NOVE IZZIVE?</b> podroben program na spletni strani zbornice			
LAŠKO Kulturni center	150	6. mednarodni simpozij o laktaciji in dojenju je namenjen pediatrom, družinskim zdravnikom, porodničarjem, medicinskim sestram, babicam, patronažnim medicinskim sestram in drugemu zdravstvenemu osebju, ki dela z doječimi materami in njihovimi otroki	Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja, Društvo Unicef Slovenija, Ginekološko-porodniški oddelek SB Celje, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, asist. dr. Borut Bratanič, dr. med., spec. pediater.
<b>9. • DUŠEVNO ZDRAVJE IN NOSEČNOST, POROD TER ZGODNJE STARŠEVSTVO</b> podroben program in prijavnica bosta na spletni strani IVZ <a href="http://www.ivz.si">www.ivz.si</a>			
LJUBLJANA Grand hotel Union, Miklošičeva 1, Steklena dvorana	ni omejeno	Strokovno srečanje ob svetovnem dnevu duševnega zdravja 2009. Na srečanju bodo sodelovali številni strokovnjaki z različnih področij, ki se bodo posvetili temam, povezanim z duševnim zdravjem v času nosečnosti, poroda, poporodnega obdobja in zgodnjega starševstva ter osvetlili vidike predzanositvenega svetovanja, predporodnega zdravstvenega varstva, postopkov zdravljenja, načina porodne pomoči, dojenja, poporodnega zdravstvenega varstva matere in otroka, vloge patronažne službe itd.	Inštitut za varovanje zdravja RS
<b>9.–10. • DELAVNICE IZ DIAGNOSTIČNE IN TERAPEVTSKE BRONHOSKOPIJE</b>			
GOLNIK Bolnišnica Golnik - Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	30	mednarodna učna delavnica je namenjena predvsem pnevmologom, anesteziologom in torakalnim kirurgom ter specializantom omenjenih strok (jezik: angleški)	Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo
<b>9.–10. ob 14.00 • NOVOSTI V OSTEOLOGIJI (2. OSTEOLOŠKI DNEVI)</b>			
MARIBOR Medicinska fakulteta Maribor, Slomškov trg 15	ni omejeno	strokovni sestanek je namenjen specialistom in specializantom družinske medicine, interne medicine, splošne medicine, ginekologije, pediatrije, kirurgije, ortopedije, travmatologije, nevrokirurgije in fizioterije	Medicinska fakulteta Maribor, Zdravniško društvo Maribor, UKC Maribor, Splošna in učna bolnišnica Celje, prim. asist. Miro Čokolič, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: Zavod za izobraževanje o diabetesu, Bezenškova 18, Ljubljana, tajništvo, T: 01 542 50 04, F: 521 10 05, E: diabetes.institute@siol.net	110 EUR (+ DDV) vključuje strokovno gradivo in potrdilo o udeležbi	***
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	100 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	v postopku
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	150 EUR	v postopku
prijave in informacije: Vesna Savnik, Društvo Unicef Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, T: 01 583 80 78, F: 01 583 80 81, E: vesna.savnik@unicef.si	170 EUR (DDV je vključen v ceno), za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
***	kotizacije ni	***
informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	300 EUR, vključuje: zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	***
prijave: E: miro.cokolic@ukc-mb.si, informacije: M. Čokolič, E: miro.cokolic@ukc-mb.si, R. Komadina, E: sbrcdi@guest.arnes.si, F: 02 321 28 45	100 EUR z vključenim DDV, kotizacija bo plačljiva po predhodno izstavljenem računu Zdravniškega društva Maribor	***

kraj

št. kandidatov vsebina

organizator

**9.–10. • 1. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA ZA ZDRAVLJENJE BOLEČINE Z  
MEDNARODNO UDELEŽBO s pridruženim SIMPOZIJEM O KLINIČNI NEVROFIZIOLOGIJI  
BOLEČINE**

BLED Hotel Golf	***	kongres	Slovensko združenje za zdravljenje bolečine – SZZB, Sekcija za klinično nevrofiziologijo Slovenskega zdravniškega društva, Inštitut za nevrofiziologijo Nevrološke klinike UKC Ljubljana
--------------------	-----	---------	--

**15.–17. ob 12.00 • AKUTNA STANJA: ZNAMENJA, SIMPTOMI, SINDROMI,  
DIFERENCIALNA DIAGNOZA IN UKREPANJE**  
podroben program na spletni strani zbornice

MARIBOR Kongresni center Habakuk, Pohorska ulica 59	300, delavnice 80	strokovni seminar z mednarodno udeležbo je namenjen zdravnikom družinske medicine, urgentne medicine, specializantom internističnih, kirurških in drugih strok ter medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v NMP, intenzivnih enotah in družinski medicini	Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Center za nujno medicinsko pomoč in reševalne prevoze Maribor, Katedra za medicinsko prvo pomoč Medicinske fakultete v Mariboru, Fakulteta za zdravstvene vede Maribor
---	----------------------	---	---

**17. ob 8.30 • 5. SPOMINSKI SESTANEK AKADEMIKINJE PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK  
JERAS, DR. MED.**

LJUBLJANA Grand hotel Union	60	cilj sestanka je obvestiti zdravnike o napredkih in novostih pri zdravljenju moške neplodnosti, sestanek je namenjen ginekologom, endokrinologom, urologom in biologom	Slovensko društvo za reproduktivno medicino, doc. dr. Branko Zorn, dr. med.
--------------------------------	----	--	---

**23.–24. ob 12.00 • DOSEŽKI IN PRIZADEVANJA V STOMATOLOGIJI**

PODČETRTEK Kongresni center Olimje	120–200	strokovno izpopolnjevanje za zobozdravnike	Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med.
---------------------------------------	---------	--	---

**23.–24. • ADRIATIC VASCULAR SUMMIT 2009**

LJUBLJANA Cankarjev dom	ni omejeno	kongres je namenjen vsem zdravnikom	Texas Heart Institute, PO Box 20345, Houston TX 77225-0345, Igor D. Gregorič
----------------------------	------------	-------------------------------------	--

**23.–24. • XI. FAJDIGOVI DNEVI**

KRANJSKA GORA Hotel Kompas, Borovška 100	omejeno	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine in upokojenim zdravnikom	Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske
--	---------	---	--



prijave, informacije

kotizacija

k. točke

informacije in prijave: <a href="http://www.kclj.si/ikn/">http://www.kclj.si/ikn/</a> in Karin Keber, Auditoria, d.o.o., Tržaška 286 d, 1000 Ljubljana, T: 01 277 56 76, F: 01 244 56 75, E: karin.keber@auditora.si	za člane SZZB in člane Sekcije za klinično nevrofiziologijo: do 30. 6. 2009 – 200 EUR, po 30. 6. 2009 – 250 EUR, za nečlane: do 30. 6. 2009 – 250 EUR, po 30. 6. 2009 – 300 EUR, za specializante: do 30. 6. 2009 – 120 EUR, po 30. 6. 2009 – 150 EUR	***
prijave: Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Organizacijski odbor srečanja Akutna stanja, Ulica talcev 9, 2000 Maribor, informacije: sekretarka mednarodnega seminarja »Akutna stanja« ga. Petra Herzmansky, T: 02 333 18 05, E: tajnistvo.nmp@zd-mb.si, W: <a href="http://www.nmp-mb.org">http://www.nmp-mb.org</a>	za zdravnike specialiste in specializante 300 EUR, za zdravnike sekundarije 220 EUR, za diplomirane medicinske sestre/diplomirane zdravstvenike in medicinske sestre/zdravstvene tehnike 200 EUR	20
informacije in prijave: ga. Nataša Petkovšek, T: 522 60 13, E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	specialisti: 100 EUR, specializanti: 50 EUR, za študente in upokojene zdravnike kotizacije ni	***
prijave: Stomatološka sekcija SZD, Ljubljana, Dalmatinova 10, informacije: Aleksander Velkov, Katarina Jovanovič, T: 01 434 25 82, F: 01 434 25 84, E: stomatološka-sekcija-szd@ordinacija.net	***	***
prijave in informacije: E: epongatz@heart.thi.tmc.edu, igregoric@heart.thi.tmc.edu, Alenka Kregar, Cankarjev dom, T: 01 241 71 33, F: 01 241 72 96, E: alenka.kregar@cd-cc.si,	200 EUR	***
prijave: najkasneje do 16. 10. 2009 na naslov: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, F: 04 202 67 18, T: 04 208 25 23, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, informacije: Aleksander Stepanović, Gosposvetska cesta 10, 4000 Kranj, T: 04 208 22 60, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si in Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@ozg-kranj.si, W: <a href="http://www.drmed.org">http://www.drmed.org</a>	180 EUR, vključuje udeležbo na srečanju, torbo s kongresnim gradivom, zbornik, osvežitve med predvidenimi odmori srečanja, prigrizek v petkovem opoldanskem odmoru in svečano večerjo s plesom v petek. Kotizacija ne vključuje drugih obrokov in prenočišča. Nakazilo na TR pri Novi ljubljanski banki, d.d., številka: 02045-0253583120, s pripisom 10. Fajdigovi dnevi, ali po izstavitvi računa po končanem srečanju. Enodnevna kotizacija znaša 120 EUR za petek in 80 EUR za soboto. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije	***



**Uredništvu revije Isis  
Dalmatinova 10  
p.p. 1630  
1001 Ljubljana**

faks: 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 na spletni strani zbornice.**

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 Slovenskega zdravniškega društva...)

Predstavniki ali strokovni vodja \_\_\_\_\_

Naslov za pošiljanje prijav \_\_\_\_\_

Informacije, kontaktne osebe \_\_\_\_\_

Njihove tel. številke in št. faksa \_\_\_\_\_

Višina kotizacije \_\_\_\_\_

Brezplačna kotizacija  da  neza upokojene zdravnike in študente

### Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

#### **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**

za delo v dispanzerju za predšolske otroke v ZD Celje.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidatu bomo omogočali ustvarjalno in dinamično delo v urejenem delovnem okolju, osebni in strokovni razvoj ter stimulatívno nagrajevanje.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom 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: 03 543 42 70 (Mojca Jereb Kosi, dr. med.).

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo RS ali delovno dovoljenje,
- aktivno znanje slovenskega jezika;

ter

#### **zdravnika specialista splošne ali družinske medicine oziroma zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)**

za delo v ambulanti splošne medicine in ambulanti za nujno medicinsko pomoč za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- opravljena specializacija ustrezne smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije ali delovno dovoljenje,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska cesta 2, 1370 Logatec.

### Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

#### **zobozdravnika za delo v ambulanti za odrasle (m/ž)**

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas – dve leti in pol, z možnostjo podaljšanja (nadomeščanje delavke med specializacijo).

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- poskusno delo štiri mesece.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis.

Za dodatne informacije pokličite na T: 03 543 43 39 (prim. Marta Škapin, dr. dent. med.).

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

### Zdravstveni dom 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.

### Zdravstveni dom Logatec

objavlja prosti delovni mesti:

#### **zobozdravnika (m/ž)**

v ambulanti za odrasle za nedoločen čas s polovičnim delovnim časom.

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,
- voziško 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,
- voziško 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.

## Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosta delovna mesta:

### **a) zobozdravnik (doktor dentalne medicine) za delo v otroškem in mladinskem zobozdravstvu (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas, za nadomeščanje delavke v času dopusta za nego in varstvo otroka, do vključno oktobra 2009. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike. Sklenitev delovnega razmerja je možna takoj.

### **b) zobozdravnik (doktor dentalne medicine) – odraslo zobozdravstvo (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

### **c) zobozdravnik (doktor dentalne medicine) – odraslo zobozdravstvo (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas, za nadomeščanje delavke v času dopusta za nego in varstvo otroka. Delovno mesto bo prosto od julija 2009 dalje. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Pogoji za zasedbo pod a, b in c:

- končana medicinska fakulteta, smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovne izkušnje,
- poskusno delo v skladu s kolektivno pogodbo.

Zdravstveni dom Radeče nudi zainteresiranim kandidatom tudi službeno stanovanje.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili

o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče.

Za vse informacije, prosimo, pokličite T: 03 568 02 00 – direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med.

## Psihiatrična bolnišnica Ormož

objavlja prosti delovni mesti:

### **1. zdravnika specialista psihiatra (zdravnik specialist V/VI PPD 3) (m/ž)**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz psihiatrije,
- zdravniška licenca za področje psihiatrije.

Na razpolago je stanovanje.

Nastop dela takoj ali po dogovoru.

### **2. zdravnika specializanta psihiatrije (zdravnik brez specializacije z licenco PPD 3)**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- odobrena specializacija iz psihiatrije,
- zdravniška licenca.

Na razpolago je stanovanje.

Nastop dela takoj ali po dogovoru.

Prijave na naslov: Psihiatrična bolnišnica Ormož, Ptujška c. 33, 2270 Ormož

## Zdravstveni dom Sevnica

objavlja prosto delovno mesto

**a) zdravnika specialista družinske medicine (m/ž) ali**

**b) zdravnika specializanta družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)**

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas. Poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike.

Pogoji za zasedbo:

a)

- končana medicinska fakulteta,
- specializacija iz splošne oz. družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno izkušnje – eno leto,
- voziško dovoljenje B-kategorije,
- poskusno delo štiri mesece.

b)

- končana medicinska fakulteta,
- specializant družinske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- zaželeno delovno izkušnje – eno leto,
- voziško dovoljenje B-kategorije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratak življenjepis pošljejo na naslov: Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica.

Za vse informacije, prosimo, pokličite T: 07 816 15 00, Zdravstveni dom Sevnica, direktorica Vladimira Tomšič.

## Ambulanta Košir, d.o.o.

zaposli

**zdravnika (m/ž) za delo na področju družinske/splošne medicine na področju Občine Železniki**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije ali specializant družinske medicine (možna je tudi zaposlitev specializanta družinske medicine),
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- voziški izpit,
- uporaba osnovnih orodij na računalniku,
- veselje do dela z odraslimi in otroki,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Nudimo:

- stalno zaposlitev po opravljenem poskusnem delu,
- odlično stimulacijo in nagrajevanje po uspešnosti dela,
- možnost prehoda v zasebnštvo,
- stanovanje.

Nastop službe možen takoj.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili in kratak življenjepis na:

Ambulanta Košir, d.o.o., Podlubnik 307, 4220 Škofja Loka, ali na E: [branko.kosir@siol.net](mailto:branko.kosir@siol.net).

Dodatne informacije na T: 041 444 972 med 20. in 22. uro.

## Občina Železniki

**Razpis za koncesijo za splošno medicino**

Občina Železniki ponovno objavlja javni razpis za podelitev koncesije za opravljanje javne zdravstvene službe na področju splošne medicine v občini Železniki.

Vse informacije v zvezi s prijavo in prijavnim rokom najdete v razpisni dokumentaciji, ki se nahaja na spletni strani Občine Železniki: [www.zelezniki.si](http://www.zelezniki.si), pod »razpisi«, in v sprejemni pisarni Občine Železniki.

## Zdravstveni dom Logatec

zaposli

**zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- potrjeno o specializaciji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- osnovno računalniško znanje,
- voziški 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.

## Javni zavod Zdravstveni dom Lendava

vabi k sodelovanju

### **zdravnika splošne oz. družinske medicine ali zdravnika specialista splošne oz. družinske medicine (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in 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 in
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v 15 dneh po objavi tega razpisa na naslov: JZ Zdravstveni dom Lendava, Kadrovska služba, Kidričeva ulica 34, 9220 Lendava ali E: [marija.banko@zd-lendava.si](mailto:marija.banko@zd-lendava.si).

O izbiri bomo kandidate obvestili pisno v 30 dneh po opravljenem izboru.

## 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. zdravnika specialista družinske/ šolske medicine ali specialista pediatrije (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,
- opravljen specialistični 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.

Kandidat ima možnost najema občinskega stanovanja.

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.

## Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje

objavlja prosta delovna mesta

**1. zdravnika specialista ginekologije  
in porodništva (m/ž)**

**2. zdravnika specialista interne  
medicine (m/ž)**

**3. zdravnika specialista radiologije  
(m/ž)**

**4. zdravnika specialista pediatrije  
(m/ž)**

**5. zdravnika specialista  
anesteziologije in reanimatologije  
(m/ž)**

**6. zdravnika specializanta  
ginekologije in porodništva (m/ž)**

**7. zdravnika specializanta interne  
medicine (m/ž)**

**8. zdravnika specializanta radiologije  
(m/ž)**

**9. zdravnika specializanta pediatrije  
(m/ž)**

**10. zdravnika specializanta  
anesteziologije in reanimatologije  
(m/ž)**

Splošna bolnišnica Trbovlje ponuja  
financiranje omenjenih specializacij.

Pogoji pod:

1.
  - zdravnik specialist ginekologije in porodništva,
  - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
2.
  - zdravnik specialist interne medicine,
  - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
3.
  - zdravnik specialist radiologije,
  - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

4.

- zdravnik specialist pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

5.

- zdravnik specialist anesteziologije in reanimatologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

6., 7., 8., 9. in 10.

- strokovni izpit.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Nudimo stanovanje v Trbovljah.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj OE Zdravstveni dom Škofja Loka

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**  
ali

**zdravnika specialista šolske medicine  
(m/ž)**

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,

- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj OE Zdravstveni dom Škofja Loka

objavlja prosto delovno mesto

**zobozdravnika v šolski zobni  
ambulanti v ZD Škofja Loka (m/ž)**

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas s polnim delovnim časom – nadomeščanje med porodniškim dopustom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

## Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj OE Zdravstveni dom Tržič

Sporočamo vam, da je v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjsk, OE Zdravstveni dom Tržič

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 Slovenske Konjice

objavlja prosto delovno mesto

**zdravnika po končanem sekundarijatu z veljavno licenco (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 za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Nudimo stanovanje.

Kandidati na pošljejo vloge z dokazili na naslov:

Zdravstveni dom Slovenske Konjice, Mestni trg 17, 3210 Slovenske Konjice.

## Zdravstveni dom Koper

objavlja dve prosti delovni mesti

**zdravnika v službi nujne medicinske pomoči (m/ž)**

za nedoločen čas.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- zaželeno so delovne izkušnje,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Zagotavljamo rešitev stanovanjskega problema.

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.

## 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 in 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 nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Eno delovno mesto je prosto za potrebe PHE-službe.

**2. zdravnik specialist interne medicine (m/ž)**

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta in opravljen strokovni izpit,
- 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.

Kandidatom lahko omogočimo 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.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

## Meršol dentalni studio, d.o.o.

Mlademu kolegu nudim sodelovanje v zobni ambulanti s koncesijo za odrasle in mladino ter prevzem ambulante v celoti.

Pričakujem inovativnost in svež marketinški pristop, željo po delu in sposobnost, da v kratkem času v celoti prevzame ambulanto.

Poskusno delo do šest mesecev.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas.

Nastop službe po dogovoru.

Možen prevzem celotne ambulante.

Prijavo s kratkim življenjepisom in potrebnimi dokazili o izobrazbi pošljite na naslov: Meršol dentalni studio, d.o.o., Trg 27, 8216 Mirna Peč, E: mersol.dentalnistudio@siol.net.

## Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja eno prosto delovno mesto

**zdravnika specialista pediatra (m/ž)**

oz. **zdravnika šolske medicine (m/ž)**

oz. **zdravnika s podiplomskim tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine**

ali **zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)**

Pogoji:

- opravljena specializacija ustrezne smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečno poskusno dobo.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

## Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

razpisuje prosto delovno mesto

**zdravnika specialista pediatra (m/ž)**

Kandidati morajo poleg splošnih pogojev, določenih z zakonom, izpolnjevati še naslednje:

- diploma medicinske fakultete,
- specialistični izpit iz pediatrije, zaželjeno specialno znanje iz neonatologije,

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh na naslov:

Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna, Prečna ulica 4, 6230 Postojna, z oznako na ovojnici »za razpis«.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh od izbere.

## Bolnišnica Topolišica

Bolnišnica z 90-letno tradicijo na področju pulmologije

vabi k sodelovanju:

**zdravnike specialiste pulmologije in interne medicine (m/ž) ter**

**zdravnike po opravljenem pripravištvu (m/ž)**

Od novih sodelavcev pričakujemo:

- sposobnosti konstruktivnega reševanja problemov, komuniciranja, organiziranja in skupinskega dela,
- osebno odgovornost in pripravljenost za pridobivanje dodatnih specifičnih znanj.

Pogoji za sklenitev delovnega razmerja:

- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije ali dovoljenje za prebivanje v Republiki Sloveniji,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Novim sodelavcem ponujamo priložnost za dinamično delo v prijetnem okolju, možnost strokovnega in osebnega razvoja ter stimulatívno

nagrajevanje delovnih prizadevanj. Zagotavljamo tudi pomoč pri reševanju stanovanjskega vprašanja.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom in šestmesečnim poskusnim delom.

Prijave z življenjepisom, prosimo, pošljite na naslov: Bolnišnica Topolšica, Topolšica 61, 3326 Topolšica.

Za dodatne informacije lahko pokličete na T: 03 898 77 10.

### Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosti delovni mesti

#### 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.

#### specialista s področja otorinolaringologije (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz otorinolaringologije,
- 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.

### Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja prosto delovno mesto

#### zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz pediatrije,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

### Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje

objavlja tri prosta delovna mesta

#### zdravnika specialista splošne medicine (m/ž) oziroma

#### zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljen sekundarijat ali opravljena specializacija iz splošne ali družinske medicine,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis v osmih dneh po objavi tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje.

O izbiri bomo kandidate pisno obvestili v 30 dneh po opravljenem izboru.

### Zdravstveni dom Grosuplje

objavlja prosto delovno mesto

#### zobozdravnika (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,

- državljanstvo RS,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas eno leto in pol do dve leti, z možnostjo podaljšanja za nedoločen čas, s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju objavljenih pogojev pošljite v osmih dneh na naslov:

Zdravstveni dom Grosuplje, Pod gozdom c. I/14, 1290 Grosuplje.

### 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 s 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 vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Zagorje, Cesta zmage 1, 1410 Zagorje.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh 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 pediatrije oz. družinske medicine za delo v otroško-šolskem dispanzerju (m/ž)**

s polnim delovnim časom za določen čas 12 mesecev in s 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 razpisnih pogojev v osmih dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Zagorje.

O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po odločitvi.

### Zdravstveni dom Ljubljana

razpisuje prosta delovna mesta

#### **zdravnika oz. zdravnika specialista splošne ali družinske medicine (m/ž)**

Pogoji:

- doktor medicine, specialist splošne/družinske medicine,
- veljavna licenca.

#### **zdravnika brez specializacije po opravljanem sekundarijatu (m/ž)**

Pogoji:

- doktor medicine,
- strokovni izpit.

#### **zobozdravnika specialista otroškega in preventivnega zobozdravstva (m/ž)**

Pogoji:

- doktor dentalne medicine, specialist otroškega in preventivnega zobozdravstva,
- veljavna licenca.

#### **zobozdravnika specialista za zobno in čeljustno ortopedijo (m/ž)**

Pogoji:

- doktor dentalne medicine, specialist zobne in čeljustne ortopedije,
- veljavna licenca.

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Kandidati naj pošljejo prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev v 15 dneh po objavi razpisa na naslov: Zdravstveni dom Ljubljana, Metelkova 9, Ljubljana.

Etnološka študija

# Marija Makarovič: Podoba zdravstvene kulture koroških Slovencev

Boris Klun

Slovenski narodopisni muzej Urban Jarnik in Mohorjeva založba Celovec-Ljubljana-Dunaj, 458 strani, Celovec, 2008.

Zajetno delo, ki ga je etnologinja dr. Marija Makarovič ustvarjala skoraj 50 let, je etnološka študija zdravja, zdravljenja in socialnega stanja Slovencev v 19. in 20. stoletju v treh koroških dolinah, Podjuni, Zilji in Rožu, ki so bile vsaj v 19. stoletju še popolnoma slovenske.

Odmaknjenost predela, revščina in slaba izobrazba ter neobstoj tega, kad danes imenujemo sredstva javnega obveščanja, so bili vzrok, da je bilo prebivalstvo pri zdravljenju navezano na samopomoč, tja do tridesetih let 20. stoletja. Avstrija je zakonsko uredila kmečko zdravstveno zavarovanje šele leta 1965.

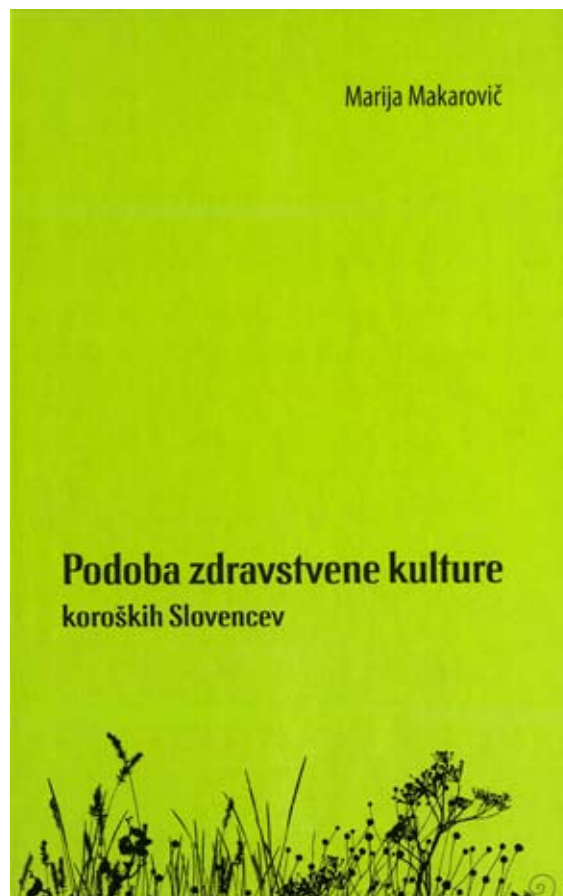
Zdravnik je le redkokdaj zašel v te kraje, če pa že, je bilo to drago in največkrat tudi malo koristno. Zdravila je navadno »zmešal« kar tam. Obenem je bil obisk zdravnika drag; »*ko bi zdravnik h kakšnemu kmetu štirikrat prišel, bi morali voli iz hleva*«. Če je prišel zdravnik v Mače, so se ljudje spraševali, »*kdo bo pa umrl*«. Tudi neznanje slovenščine pri zdravnikih je bil vzrok za nezaupanje, saj nemščine ni bilo večjih kaj prida prebivalcev. Ljudje so zato posebej cenili zdravnika, s katerim se je bilo mogoče pogovoriti v svojem jeziku.

Ranocelniki, ki so v nekdanji medicini igrali dokajšnjo vlogo, a se jim je v drugi polovici 19. stoletja čas že iztekal, so bolj redko zahajali med kmečko prebivalstvo saj je bil zaslužek v mestih (Beljak in Celovec) boljši, čeprav naj bi menda morali zdraviti revne brezplačno. V knjigi je naveden seznam štiriintridesetih, precej preprostih zdravil iz leta 1827 (od *emplastrum cantharidum* do *oleum olivarum*), ki jih je po zakonu moral imeti ranocelnik.

Babice z diplomo (tako imenovane izprašane) so bile bolj pogoste šele po prvi vojni, čeprav je bila ustanovljena babiška šola v Ljubljani že leta 1753 in nekaj kasneje tudi v Celovcu. Več je bilo priučenih ali neizprašanih.

Zato pa so imele veliko večji ugled »šintarce«, ki so »dovžebrale« bolezni ali uroke. Pliberška šintarca je bila posebno večja in je delala do druge vojne, k njej so hodili menda z avtobusi, celo iz Sedmograške. Bolezni je ugotavljala iz urina.

Ponekod so se z zdravilstvom ukvarjali duhovniki, pogosto s homeopatijo.



Ob tako šibki zdravstveni zaščiti in slabi prosvetljenosti je razumljivo, da je imelo čarovno zdravilstvo široko odprta vrata, tudi zato, ker so nekatere bolezni povezovali z delovanjem zlih duhov ali zlobnih ljudi. Nekateri zagovori izvirajo še iz Kolomonovega žegna, nekateri so preprosti

in jedrnat, pa tudi zapleteni in napisani s skrivno pisavo. Dovžebravci in najpogosteje dovžebpravke so bili včasih specializirani samo za določeno bolezen. Čarovniško zdravilsko znanje se je prenašalo iz roda v rod in se ni smelo predati nasledniku prej, kot na smrtni postelji, sicer je izgubilo moč.

Domača zdravila so bila: »*lipovo cvetje, bezgov sok ali cvet, žaubej, ajbeš*«, pri vročini »*obkladki s sivo ilovico, zmešano z domačim kisom, bezgovo listje ali skorja*«. Na prsi položena domača skuta je potegnila vročino iz telesa, če pa je kdo imel ječmen (chordeolum), ga je *dovžeberala* starejša ženska v vasi.

V Zvrhnjem kotu v Selah je neznani avtor zapustil rokopis »*Žajne zdravilske bukvice z zvrhnjega kota v Selah*« z navodili za zdravljenje 95 notranjih in zunanjih bolezni, vse z zdravilnimi rastlinami.

Obsežno so v knjigi po sistemih opisane notranje bolezni, ki naj bi se jih zdravilo z naravnimi zdravili in čarovnimi obrazci. Pljučnica je bila posebno nevarna bolezen, zaradi nje jih je veliko umrlo. Za mlada dekleta je veljalo še posebno svarilo, podprto s primeri, naj ne hodijo na plese, ker se pogretim in prepotenim kaj hitro prime pljučnica, ki se pogosto konča s smrtjo.

Zelo razširjene so bile revmatične bolezni, ki so jih imenovali protin, skrnina ali giht. Kaže, da je bilo tu zdravljenje še posebej težavno, saj se omenjajo zelo različne zdravilne rastline, gretje, zagovarjanja (objavljen je zagovor še iz leta 1996), celo mesmerizacija, pa tudi radikalne terapije, kot na primer obkladke z živo mačko.

Nekaterih bolezni ni bilo mogoče zdraviti. V Selah naj bi v petdesetih letih 19. stoletja za kapjo umrlo 25 ljudi. Na spominskem znamenju je prikupen opis, kako je smrt srečala Karničarjevega Jurja, ko je nosil moko iz mlina:

.....

*Moqo je nosiv  
Karničarjev Juri  
Žuaq je ha trofu  
Hlich u tej uri*

*(Žuaq je Schlag, kap)*

.....

Zanimivo je, da so se zdravilne rastline priporočale tudi za rane in krvavitve. Največkrat se omenjajo listi trpotca. Pri kačjem pikju pa je bilo le bolje poiskati pomoč zdravnika.

Nalezljive bolezni so bile seveda pogoste. Omenjata se kuga in kolera, verjetno so tako imenovali vse bolezni, ki so se pojavljale epidemično in imele visoko umrljivost.

Tifus se omenja v mrliških knjigah, ni pa verjetno, da bi šlo res za to bolezen, čeprav so ga morali poznati tisti, ki so služili v avstrijski vojski. Pač pa se omenjata griža ali krvava griža, ki verjetno zajema vse takrat zelo pogoste gastrointestinalne bolezni.

Pljučna tuberkuloza (jetika, sušica ali dera) je bila morda manj pogosta kot pri mestnem prebivalstvu, se pa omenja kot vzrok smrti pri mladih in otrocih.

Nosečnost in porod sta bila ob visoki rodnosti pomembna dogodka. Rodilo se je do konca druge vojne skoraj vedno doma, ob pomoči sosed, matere ali tašče. Najbližja babica je bila lahko oddaljena tudi več ur hoje. Tako imenovane neizprašane babice, take, ki so bile priučene in so pomagale na osnovi izkušenj s prejšnjih porodov, so lahko nudile ustrezno pomoč bržčas le, če je šlo vse po sreči. Iz seznama porodov neizprašanih babic v Kortah razberemo, da je imela najbolj izkušena 15 porodov v 50 letih, kar nekaj drugih pa v istem času le po dva. Tudi izprašane babice (*hebe*), niso imele velikega števila porodov.

Skoraj vse anketirane ženske so povedale, da so delale na polju ali doma do poroda. »*Sem še krub spekla, preden je prišel Hanzi*«. Ali pa »*delala sem do zadnjega in rodila doma*«. Na sliki je dvojezično votivno znamenje, kako je Barbara Merkl leta 1915 rodila hčerko Ano na poti, ko je nesla »košto« delavcem na planini.

Čeprav knjiga zelo natančno opisuje otroške bolezni, od glist do »žiladnosti« (po opisu epilepsija), pa se nikjer ne omenja otroška umrljivost, ki zagotovo ni bila majhna. Morda se je v mrliških knjigah sploh ni vodilo.

Pouk o spolni vzgoji je ostajal izven besedišča. Dekle pripoveduje, da pri 24 letih še ni vedela, kako pridejo na svet otroci. Običajna razlaga je bila, da jih prinese babica, ki jih najde v Dravi ali bližnjem potoku.

Precej prostora je namenjenega alkoholizmu, ki je bil tudi na podeželju razširjen, celo med ženskami. Skoraj izključno se je pilo žganje.

Zanimiva knjiga, ki je zahtevala ogromno dela, ki pa ne bo nikoli uspešnica. Te navadno uspejo z mnogo manjšim intelektualnim naporom, tako avtorja kot bralcev.

Esej

# Linda Jarosch, Anselm Grün

## Kraljica in divja ženska. Živi, kar si!

Marjan Kordaš

Celjska Mohorjeva družba, Celje 2009, 174 + 1 str. Prevod: Alenka Novak.

Okoli leta 1975 sem kupil knjigo C. G. Junga **Čovjek i njegovi simboli** (Mladost, Zagreb 1974; če se prav spomnim, je čez nekaj let sledil prevod v slovenščino) in spomnim se, kako me je pretresel koncept o dveh človekovih arhetipih, poimenovanih **Anima** ter **Animus**. Iz razlogov, ki so samoumevni, sem se največ ukvarjal s prvim arhetipom. Seveda nisem znal (mogel) ugotoviti, ali obstoji ali ne. A že vedenje, da **morda biva**, je precej vplivalo na moje takratne vedenjske vzorce. Žal sem v zadnjih letih razmišljanje o tem arhetipu docela zanemaril.

V začetku marca 2009 sem se z mešanimi občutki odpravil v Cankarjev dom poslušat predavanje benediktinskega meniha Anselma Grūna. Naslov predavanja sem pozabil. Od predavanja mi je ostal le en pomemben podatek, namreč, da sta ta menih in njegova sestra napisala zgoraj omenjeno knjigo, ki obravnava identiteto ženske. Identiteto moškega pa obravnava knjiga Anselm Grün: **Boj in ljubezen. Kako moški najde pot do sebe** (Celjska Mohorjeva družba, Celje 2009, 180 + 2 str. Prevod: Alenka Novak). Opisna definicija arhetipa **Anima** je v slednji knjigi na str. 97 (poglavje Salomon – ljubimec):

»... Arhetip ljubimca pa moškega ne odpre le za ljubezen do ženske ali za prijateljstvo z moškim, temveč tudi za lastno **Animo**. **Anima** je po Jungu ženska stran moškega. Pravi ljubimec ravna nežno tudi s svojo lastno **Animo**. Čuti, da je v njem zmožnost ljubiti, zmožnost podariti in prejeti ljubezen. In sluti, da je v njem prikupna **Anima**, vir navdiha, sočutja in ljubezni. Brez **Anime** se moški posuši. Samo če vključi svojo **Animo**, postane cel moški. ...«

Knjigi bolj ali manj eksplicitno menita, da so Jungovi arhetipi pomembna sestavina človekove identitete. Menim, da je identiteta tisto, zaradi česar je **človeško bitje** enkratna in neponovljiva stvaritev (Boga ali Narave).

Domov sem se vrnil v precej razburkanem psihološkem stanju, znak, da arhetip deluje. Potem se je pa zvrstilo nekaj dogodkov (morda bom o njih napisal zgodbo), katerih vrhunec je bil, da sem obe zgoraj omenjeni knjigi dobil v dar. In ker me je razveselilo, da me arhetip **Anima** kljub moji starosti (ali zaradi moje starosti) še vedno zanima, sem se je takoj lotil. Brati, seveda; za morebitne bolj konkretne moške posege pa **Anima** – kot arhetip ali celo duhovno bitje – seveda ni dostopna. Prepričan tudi, da bom kmalu nehal brati, da bom knjigo vrgel v star papir, ker me bodo razjarili pocukrana religioznost ter dogmatični fundamentalizmi, zajeti v običajnih (ne)krščanskih zapovedih in prepovedih.

A to se ni zgodilo. Najprej sem dolgo proučeval sliko na naslovnici, izsek ženskega obraza, tako da je pravzaprav videti le oko. Z močno naličeno zgornjo veko ter lepo urejeno obrvjo. Pa vendar je v ospredju le zrklo s posebnim, modro-zelenim odbleskom na roženici. Neverjeten kontrast z rožnatim, nekako nedolžnim delom sluznice ob ostankih tretje veke. Čim dlje sem strmel v to sliko človeškega očesa, tem bolj sem bil prepričan, da je to **Božje oko** iz mojega otroštva. Trikotnik in v njem oko, ki vidi vse, povsod, vedno, vsakogar.

Moji pomisleki glede dogmatičnih fundamentalizmov so precej pojenjali takoj potem, ko sem si ogledal poglavja. Da poudarim svoje videnje knjige, jih bom tu naštel in poimenoval malo drugače kot v knjigi: Sodnica; Kraljica; Mati; Zapuščena, ki jo je varoval angel; Modra ženska; Bojevnica; Svečenica; Strastno ljubeča; Spreminjevalka; Gostiteljica in umetnica; Prerokinja; Tujka; Ženska, ki se smeje; Divja ženska. Štirinajst poglavij, štirinajst arhetipov.

V vsakem poglavju se jasno vidi, kaj je napisal moški, kaj ženska. In na koncu vsakega poglavja moški (Anselm Grün) vpraša žensko (sestro Lindo Jarosch), kako jo nagovarja ustreznih arhetip. In ženska odgovori skladno s svojim izkustvom. Za Marijo Magdaleno med drugim pove tole (str. 103):

»... Zame je bistvena pripravljenost, da sprejemam samo sebe kot pogoj, da ljubim. ... Pri Mariji Magdaleni me očara predvsem trenutek njene ozdravitve. V stiku z Jezusom doživi, kaj pomeni ljubeče sprejetje. Izkusi ljubezen, in to jo ozdravi. ...«

Ko si bo bralec ogledal knjigo, naj morda najprej prebere prvi odstavek iz sklepne besede (str. 167). In vredno ga je prepisati že tu:

»... Ko govorimo o arhetipskih likih, govorimo o duševnem doživljanju, ki ljudi že od nekdaj vznemirja. Ti liki nagovarjajo moči in izkušnje, ki jih v sebi nosi in preživlja vsaka ženska. Lahko se jih zaveda ali ne, vsekakor pa izražajo njeno ženskost. Obravnavani arhetipi seveda ne pokrivajo vse mnogoterosti tega, kar pomeni biti ženska. Vendar jasno kažejo, kaj lahko ženske dosežejo, če ne pustijo, da bi jih določali drugi, temveč živijo iz lastne moči. Spodbujali naj bi k temu, da tudi v težavnih položajih zaupamo lastnim močem. ...«

Zaradi svoje sumničavosti o dogmatičnih fundamentalizmih sem najprej prebral poglavje **Marija Magdalena – strastno ljubeča**. Besedilo, predvsem pa interpretacija svetopisemskih besedil, je name naredilo takšen vtis, da sem do konca prebral le to poglavje. In potem nehal, do kraja izčrpan. Da sem si vzel kar nekaj časa za premislek o prebranem. Tako sem knjigo začel brati na začetku – kot se spodobi – šele naslednji dan.

Zgodovino človeka so oblikovale osebnosti. In nekatere so postale kategorije tiste stopnje, da so postale del kolektivnega spomina, kot arhetipi, ki jih nosimo v sebi. Linda Jarosch in Anselm Grün v tej knjigi (po mojem razumevanju) proučujeta **Animo**, zato s stališča tega arhetipa obdelata pomembne ženske like (osebnosti) iz Svetega pisma. Zgodovinske osebnosti, ki so bistveno vplivale na kulturo velikega dela človeštva. Se pravi, v vsakem poglavju avtorja to osebnost najprej predstavi ter opišeta dogodke okoli te osebe, ki so nato oblikovali kolektivni spomin. In končno povesta tisto, kar je res fascinantno: da lahko vsaka ženska (sic!) postane podobna ali celo enaka (kraljevska, močna, mila, dostojanstvena, vesela, ljubka, zapeljiva itn.) kot opisana osebnost! Da jo zato – ker je pač osebnost – ljudje občudujejo! Da njen lik postane **Anima**, moškemu vodnica!

Ker sem po naravi dvomljivec, krivoverec in razkolnik, mi je najbolj všeč poglavje **Marija Magdalena – strastna in ljubeča**. Tudi zaradi primerjave z Visoko pesmijo iz Stare zaveze, ki sem jo v prozni predelavi prvič prebral kot gimnazijec (A. Kuprin: **Sulamit** – Visoka pesem ljubezni, založba Pan, Ljubljana, 1932). Zelo mi je bilo všeč antidogmatično stališče (str. 92), da »... Visoka pesem opisuje ljubezen med moškim in žensko, ne ljubezen v zakonu, temveč ljubezen med dvema zaljubljenca. Zaljubljenca uživata ljubezen in se zahvaljujeta Bogu za najčudovitejše darilo, ki ga je ta dal človeku, za darilo ljubezni, ki osvoji zaljubljene. ...«

Četudi krivoversko ali celo bogokletno, je spodbudno prebrati, da sta tudi Jezus in Marija Magdalena bila ljubimca; prišlo mi je celo na misel, da – ker je (bil) Jezus hkrati Bog in človek – je bila Marija iz Magdale, Jezusova ljubljena ženska, zares pripravna, morda celo božanska pot za učlovečenje... Avtorja izrecno primerjata Marijo iz Magdale s Sonjo, prostitutko, ki pa je bila Raskolnikovova (Dostojevski: Zločin in kazen) **Anima**. Sonja je oživila njegovo vest, da je spoznal, kaj je dobro in kaj je zlo. Trditev o tej edinstveni vlogi ženske (**Anime**), da moškemu – kot Eva Adamu – odpre oči, da spoznata, »da sta naga,« se pojavi še večkrat.

Zato me ni prav nič presenetilo, da avtorja v poglavju **Ana – modra ženska** (str. 64) na kratko omenita žensko božansko bitje **Sofio**, Božjo svetovalko ob stvarjenju sveta: »... Modra ženska se razlikuje od modrega moškega v tem, da je njena modrost vedno povezana z zemeljsko podlago dejanskosti. ...«

Kar zadeva jasnost pojma o identiteti, je najbolj zanimivo poglavje **Estera – kraljica**. Da je ženska lahko kraljica le, če čuti, da je kraljica. Da je nepomembno, ali se to navzven vidi ali ne. Pomembno je le, da čuti, da je. In »je kraljica, pa četudi medtem kuha ali pomiva kopalnico...« (str. 27). V poglavju **Eva – mati** preberem še nikoli slišano

definicijo materinstva: da to ni le rojevanje otrok, temveč nastajanje novega, razvoj ustvarjalnosti – seveda tudi pri moškem. Ki jo rodi ali spodbudi Evin arhetip v ženski, slednja pa prek **Anime** deluje na moškega.

Seveda ima vsak arhetip poleg svetle tudi senčno plat. **Judita – bojevnica** opozarja, da jo zlahka zanese v Amazonko. Na str. 74 omenja za žensko pomemben pojem **Punčka**:

»... Naša ranljivost je tudi vedno povezana s **Punčko** (podčrtal M. K.) v nas. Kar je **Punčka** nekoč izkusila kot žalitev, čuti odrasla ženska še vedno kot svojo ranljivost. Kot otrok se je nemara lahko zavarovala le tako, da si je nadela oklep. Kot odrasla ženska je verjetno razvila osebno obrambno strategijo, s čimer sploh ne da več nobene možnosti, da bi jo prizadeli. Nemara potem sama stalno napada druge in ne čuti več, kaj jo prizadene. ...«

In tudi kraljico lahko zanese, da bo začela pričakovati kraljevsko čaščenje...

Temeljno in najbolj daljnosežno sporočilo knjige pa je, da je ženska lahko karkoli – če je »karkoli« tisto, kar se ujema z bistvom njene identitete, ali kar je celo istovetno z bistvom njene identitete. Do tega dela svojega duhovnega življenja ima dostop ter možnost ukrepanja le ženska sama. In spoznanje ter uresničenje identitete je tisto, kar edino osrečuje. In da v »srcu svojega srca« identitete nosi svojo **Božjo iskro** (prim. Vladimir Vertlib: **Vmesne postaje**. Modrijan, Ljubljana, 2008, 294 str.).

Tako bi vsakemu dogmatičnemu fundamentalistu privoščil, da bi (kot Jezus) srečal svojo Marijo iz Magdale. Ne kot **objekt** (kar se dogaja redno še dandanes), temveč kot **subjekt**. Da bi **ona** v **njegove** posušene možgane in okamnelo srce vlila nekaj ženske mehke...

Knjigo Anselm Grün: **Boj in ljubezen. Kako moški najde pot do sebe** sem seveda prebral, recenzije pa ne bom napisal. Menim, da jo mora napisati ženska!

Celjski Mohorjevi založbi čestitam za odlično izbrano, opremljeno in prevedeno delo. V njem se vidi globoka vernost avtorjev, ki pa ni le raziskujoča in strpna, temveč žensko mehka in predvsem – ljubeča... Ki blago nagovarja tako verujoče kot mene, še vedno pogana...

# Slovenski in hrvaški upokojeni zdravniki v Medžimurju

*Marjana Šalehar*

V Medžimurju je 25. septembra 2008 potekalo že 42. srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov. Sešli smo se Murskem Središču, od koder smo se odpravili v Čakovec, mesto z bogato zgodovino in kulturno tradicijo, ki mu je pustila neizbrisni pečat. Druženje smo končali v Štrigovi, veseli, da se spomladi spet srečamo.

Na jesensko srečanje smo prispeli z enourno zamudo. Vendar smo privoščili tistim kolegom, ki kljub častitljivim letom tako dobro spijo, da so prespali odhod Neredovega avtobusa. Prišli so z osebnimi avtomobili, tako kot nekateri kolegi iz Prekmurja.

Srečanje je bilo napovedano v Murskem Središču v pivnici Cimper. Cimper je v tamkajšnjem narečju podporni steber v rudniku in kaže na bogato rudarsko tradicijo tega kraja. Zaradi čakanja in dolge vožnje s postanki, da so lahko vstopali še člani z jugovzhoda naše dežele, smo bili pošteno lačni. Bograč in pivo sta padla na zelo hvaležna tla. Predtem smo se seveda prisično pozdravili, veseli dolgo pričakanega snidenja.

Medžimurje je naplavljena ravnica med Muro in Dravo. Najbolj na gosto poseljena hrvaška pokrajina z bogato zgodovinsko, kulturno in trgovsko preteklostjo. Tako smo se dobro okrepani odpravili v Čakovec. Mesto se nahaja točno pod zevajočim kljunom naše kokoške. Očitno je izkašljala nekaj Slovencev, ki sedaj tvorijo eno izmed narodnih manjšin v Medžimurju, ki šteje 118.426 prebivalcev.

Razvejana pokrajina se razprostira od obronkov Alp v Panonsko nižino in se nadaljuje v slovensko Prekmurje.

V Čakovcu nas je na obrobju prekrasno urejenega mestnega parka pričakala predsednica čakavske podružnice hrvaškega zdravniškega združenja doktorica Marina Payerl Pal. Vsakega od nas je presenetila z DVD-jem Čakovca. Po uvodnem govoru nas je predala vodičema za slovenski in hrvaški jezik. Naša skupina je krenila skozi park do trdnjave Zrinskih, kjer se danes nahaja mestni muzej in galerija odličnega slikarja Ladislava Kralja - Medžimurca. Ni mogoče mimo zgodovine tega področja. Na tem mestu so našli ostanke naselbine, ki sega v mlajšo kameno dobo 7000 let pr. n. š. V železni dobi so bili tukaj naseljeni Kelti in Panoni. Kasneje so jih podjarmile rimske legije. V 1. st. n. š. ga Strabon omenja kot Insula intra Dravam et Muram, sam Čakovec pa imenuje Aquama, mesto, zgrajeno v močvirju in v rečnih rokavih. V 13. st. so se že oblikovala mestna jedra, ki so jih leta 1254 napadli Mongoli. Samo smrti velikega kana bližnji Zagreb dolguje svojo rešitev, saj je tedaj vsa mongolska horda odšla na pogreb.

Čakovec je dobil svoje ime po Dimitriju Caku, ki je na začetku 13. st. gradil obrambne zidove okoli mesta. Tedanji prebivalci so ga imenovali Čakijeva utrdba. Mesto so zavzeli celjski Ernuši, kasneje pa ga je dobil v dar ban Stjepan Lacković. V 16. st. se mesto živahno razvija pod rodbino Zrinskih. V tem času dobi posebne pravice in razcvetijo se obrt in trgovina. Najpomembnejše obdobje za

Glavni trg v Čakovcu z znamenito uro





mesto je med 16. in 17. stoletjem pod oblastjo Zrinskih, ko je celotno Medžimurje posebnega strateškega pomena med Dunajem in Carigradom. Zrinski so vojskovodje, politiki in intelektualci ter vizionarji. Nikola Zrinski, izredno uspešen v boju z otomanskim cesarstvom, je imenovan za generala Hrvaške. Ker so ogrožali ugled dunajske krone, pride Peter Zrinski v spor z Avstrijci, obsojen je velezdaje in usmrčen leta 1671. Vsi poznamo literarno delo Zarota Zrinskega in Frankopana.

Katarina Zrinska umre v zaporu leta 1673. Mestu se po vsem tem slabo piše: uničita ga katastrofalen potres (1738) in požar (1741). Ob koncu 18. st. postanejo lastniki mesta grofje Feštetići. Končno ban Josip Jelačić prežene Madžare in Čakovec priključi Hrvaški. Mesto dobi elektriko leta 1893. Ponovno ga okupirajo Madžari od 1941 do 1945, ko ga osvobodi sovjetska Rdeča armada.

Stari grad je dragocen kulturnozgodovinski spomenik in kot tak središče Medžimurja. Kot utrjen grad se prvič omenja leta 1333 v dokumentu Karla Roberta Anžuvina. Renesnančno trdnjavo za obrambo pred Turki so gradili italijanski strokovnjaki. Nikola Šubić Zrinski je pričel z deli leta 1555, sto let kasneje jo je dokončal njegov pravnuk Nikola Zrinski Čakovški. Znotraj utrjenega kompleksa so leta 1638 dokončali razkošno renesnančno palačo, po potrebu jo je v duhu avstrijskega baroka obnovil arhitekt Anton Erhard Martinelli.

Pot nas je vodila še v frančiškansko cerkev sv. Nikole, lep primerek cvetočega baroka.

Odlična prometna povezanost Čakovca, saj so ceste dobili v 18. st. in železnico v 19. st., je omogočila trgovanje s Trstom in Reko. Razvila se je tekstilna in prehrabena industrija. Vse to je omogočilo vzpon meščanstva in pestro družabno in kulturno življenje, katerega sledove je v mestu videti še danes. Navdušeni smo bili nad urejenostjo trgov in parkov, mesto pa je tudi izredno čisto. Naše uživanje je prekinila ploha, ki nas je zelo hitro spravila v avtobuse. Peljali smo se po najlepšem delu Medžimurja, ki ga imenujejo cvetlični vrt Hrvaške, proti končnemu cilju – Štrigovi. V prijetnem okolju restavracije Stridon nas je pričakala glasba in zelo dobrodošlo kosilo.

Sledili so pozdravi predsednika sekcije upokojenih zdravnikov hrvaškega zdravniškega združenja Dragutina Kremsirja, dr. med., predsednice naše sekcije upokojenih zdravnikov pri Slovenskem zdravniškem društvu, mag. Božene Skalicy Kuhelj, dr. med., in predsednika podružnice Karlovac prim. Rudija Muhviča, dr. med. Nato pa obdarovanje: hrvaški kolegi so prejeli v spomin knjigo ob 500-letnici rojstva Primoža Trubarja, pesmi Simona Gregorčiča v slovenščini in hrvaškem prevodu. Vsak od nas

Stari grad v Čakovcu z velikim obokanim vhodom za vozove, v tedanjem času eden največjih v Evropi



Postanek v parku. Z leve: Olga Blejec, Božena Skalicky Kuhelj, Alenka Berginc Kiekelj, Tilka Mozetič in skrajno desno Niko Sadnikar.



je prejel v spomin na srečanje lično vrečko, darilo Turistične zveze Hrvaške s spominki in informacijami o Hrvaški ter posebno darilo hrvaških kolegov – steklenico izbranega medžimurskega vina.

Naše veselo druženje se je dobro razvilo in zadržali smo se dlje, kot je bilo predvideno, vendar nas je čakalo še nekaj ogledov. Obiskali smo še cerkev sv. Hieronima, ki jo krasijo freske pavlinca Ivana Rangerja, in cerkev sv. Marije Magdalene iz 16. st.

In tako je prišel čas za slovo. Prijazno smo se poslovili v pričakovanju ponovnega snidenja, ki bo, kot veleva tradicija, pri nas v mesecu maju.

# »Puščavska nevesta« – kraljestvo Palmira

*Tomaz Rott*

Priznam, da do nedavnega potovanja po Siriji in Jordaniji omenjenega **antičnega kraja** nisem poznal. Tolaži me le dejstvo, da še zdaleč nisem edini. Ko sem spraševal znance in kolege, ali kaj vedo o njem, sem dobil kar zanimive odgovore, med drugim: »Ja, milo in druge kozmetične preparate firme Palmolive poznam, ne pa Palmire.« Ali pa: »Nogavice in perilo Palmers so še vedno popularni. Palmira? Nimam pojma!«

Prebivalci Palmire so se gotovo spoznali na tedanje trende kozmetike in mode tudi brez znamk Palmolive ali Palmers, poznali pa so tudi različne kulturne sredine, saj so bili zaradi svoje lege na prepisnem teritoriju stalno v neposrednem stiku z mnogimi deželami Daljnega vzhoda, Egipta in zahoda. Še danes vidni ostanki včasih bogatega in cvetočega mesta kažejo na to, da ga niso brez razloga imenovali **Puščavska nevesta**.

Mnogi menijo, da je vredno potovati v Sirijo zgolj zaradi Palmire, tega zgodovinskega mesteca ob oazi na poti med reko Evfrat in Sredozemskim morjem. Ima podzemne izvire vode sredi puščave, kar omogoča bohotenje palm,

nad njimi pa čisto nebo, v okolici izžarevajo tople pastelne barve kamnin in puščavskega peska, ki ob različnih dnevnih urah spreminjajo barvo. Danes ima vsak prebivalec Palmire del oaze, vsakemu pripada določen del vode, s katero skrbno ravnajo v svojih »vrtičkih«, ograjenih z zidovi iz blata in kamna. Skrbijo predvsem za dateljnovne palme, ki jih morajo sami ročno oprasiti, da je kaj pridelka. Gojijo pa tudi oljke, sadje itd.

**Palmira (Palmyra)** je bilo v antičnem svetu, v prvih stoletjih pred in po Kristusu pomembno trgovsko mesto centralne puščavske Sirije v oazi, ki je približno enako oddaljena od Evfrata in Sredozemskega morja, sicer pa leži 215 km severovzhodno od Damaska in 120 km jugozahodno od Evfrata. Pomembno je bilo zaradi karavanskih povezav med vzhodom in zahodom za popotnike, ki so prečkali Sirijo.

Mesto je bilo sicer stalno naseljeno že v drugem tisočletju pr. Kr. Njegovi prebivalci so bili namreč omenjeni že v 18. stoletju pr. Kr. v klinopisnih tablicah, ki so jih našli v starodavnem mestu Mari ob reki Evfrat. Mesto so tedaj

Gledališče



imenovali **Tadmor**, njegovo ime pa ni bilo nikoli povsem pojasnjeno. Naseljevali so ga postopoma **Amoriti, Aramejci in Arabci**. Palmirski jezik je bil **narečje aramejskega**, Kristusovega govornega jezika (ki ga je govoril tudi Mel Gibson v filmu o Kristusovem trpljenju). Jezik se je do danes ohranil v slikoviti gorski vasi oz. mestecu Maalula v bližini libanonske meje. V tedanjem času so mnogi zaradi političnih okoliščin obvladali več jezikov, saj so poleg govorne aramejščine uporabljali za kulturne namene grščino, za upravne pa latinščino.

Oazo naj bi leta 323 pr. Kr., 10 let po smrti Aleksandra Velikega, kot prvi spremenili v trgovsko mesto **Selevkidi**, ki so predstavljali eno izmed vej Aleksandrovih naslednikov. Vloga prvovrstnega trgovskega mesta se je v Palmiri v večji ali manjši meri ohranila naslednji dve in pol stoletji.

Leta 64 pr. Kr. so Rimljani pod vodstvom Pompeja Velikega po uničenju selevkidskega imperija tedaj na novo imenovano **Sirijo priključili Rimu**. Rimski nadzor pa je bil sprva šibek. 23 let kasneje je Mark Antonij poslal vojsko na roparsko ekspedicijo v Palmiro, ki je trgovala tako z Rimom kot s Parti, vendar so se prebivalci pravočasno umaknili pred rimskimi legionarji.

Vmešavanje rimskih politikov sicer sega v čas cesarja Avgusta, vendar pa je bila aneksija mesta končana v času cesarja Tiberija (od leta 14 do 37 po Kr.). Tako je **leta 27** Sirija postala **prava rimska provinca s cesarskim namestnikom**. Glavno mesto je postala Antiohija, tedaj tretje največje mesto v cesarstvu (danes Antakija v Turčiji). Med civilnimi ustanovami sta bila v Palmiri ustanovljena skupščina in senat. Vendar je imel v Palmiri dejansko moč rimski uradnik, ki je predstavljal legata province s sedežem v Antiohiji.

Po **padcu Petre leta 106** se je kljub selitvam v Bosro končalo obdobje nabatejske kontrole in moči nad trgovskimi potmi, kar je Palmira še bolj izkoristila. Poleg pojemanja moči Nabatejcev je istega leta za Palmirce ugodno vplivalo tudi Trajanovo reorganiziranje cesarstva in oblikovanje nove rimske **provinca Arabije v Južni Siriji s prestolnico Bosro**.

Palmirci so izkoriščali svojo edinstveno lego na nikogaršnji pretežno puščavski zemlji med Evfratom in Homskimi vrati, med Rimljani in Parti. Ustvarili so **karavanski sistem**, ki je omogočal večstokilometrski prehod puščave.

Belov tempelj



Srednjeveški grad v večernem mraku



Ostanki mesta z Belovim templjem v ozadju



Karavane so se morale ustavljati na približno vsakih 40 km, kolikor lahko povprečno prehodi kamela na dan. Palmirci so organizirali celo prevoze blaga z Daljnega vzhoda preko Perzijskega zaliva in tudi Indijskega oceana. Eksotični izdelki z vzhoda so tako od Evfrata preko puščave in Palmire potovali do Emesa (današnjega Homsa) in naprej do Sredozemskega morja. Vrednost blaga se je na poteh od Daljnega vzhoda do Rima zaradi stroškov transporta lahko 100-krat povečala, pri tem pa so znaten delež iztržili Palmirci.

Leta 129 je mesto obiskal cesar Hadrijan. Ob tej priložnosti je Palmira postala mesto, ki mu ni bilo potrebno plačevati davkov.

Med vladanjem Marka Avrelija je zaradi spopadov s Parti trgovina začela usihati, vendar si je znova opomogla in dosegla zenit razcveta v času **severanske dinastije** (med leti 193 in 235; med drugimi je tedaj vladal Septimius Severus, ki se je verjetno zaradi političnih razlogov poročil z Julijo Domna, hčerko velikega duhovnika iz Emesa).

Leta **212** je Palmira postala **rimska kolonija**. Cesar Caracalla je hkrati izdal odredbo Constitutio Antoniniana, s katero je vsem svobodnjakom rimskega imperija dal rimsko državljanstvo.

V zadnjih letih vladanja severanske dinastije, v zgodnjem 3. stoletju, pa se je pojavila namesto Partov nova in hujša groznja, **vdor Sasanidov**, ki so si prisvojili južno Mezopotamijo in nadzor dostopa do Perzijskega zaliva. Med enim od silovitih napadov so leta 260 Sasanidi ujeli tudi rimskega cesarja Valerija.

Tedaj je v Palmiri vladal **Udainat (Odainat, Odejnat)**, kralj Palmire, poveljnik arabskega rodu, ki se je v času vladanja v letih od 252 do 267 uspešno upiral Sasanimom. Leta 267 je skrivnostno umrl. Nasledila ga je **žena Zenobija**, ki je bila verjetno vpletena v možovo smrt. Kot regentka je v letih od 267 do 272 postala glavna sila vzhoda, namesto premladega sina Wahballata, z velikimi načrti. Njene ambicije so bile Emes, Antiohija, Arabija, Egipt in del Male Azije. Njena vojska je dejansko zavzela Bosro, Egipt in vodila je pohod v današnjo Turčijo. Lastiti pa si je hotela tudi vzhodno polovico rimskega imperija, kar je bilo preveč izzivalno za vladajočega cesarja **Avrelija**. Leta 273 je z vojsko prihitel nad Palmiro in zahteval Zenobijino predajo. Očarljivo kraljico, ki si je pripisovala sorodstvo celo s Kleopatrom, naj bi dal odpeljati v Rim, okovano v zlate verige. Zenobija naj bi v Rimu še dolgo živela v razkošni vili ob Tiberi. Po lepoti in sposobnostih naj bi prekašala Kleopatrom in se je spominjajo kot cveta ženske lepote arabskega sveta.

Palmira si po padcu Zenobije ni nikoli več opomogla od ropanja in opustošenja. Kljub temu sta kasnejša cesarja, **Dioklecijan in Justinijan**, opozarjala na strateški pomen mesta za varovanje pred Perzijci.

V naslednjih stoletjih je prehajalo mesto iz rok v roke. Nekaj stoletij je igralo pomembno vlogo krščanstvo, oaza je postala središče škofije. Prav pred kratkim so v Palmiri odkrili 1200 let staro krščansko cerkev, ki naj bi bila največja doslej odkrita krščanska cerkev v Siriji.

Del starega mesta in stolpičaste grobnice



Leta 634 je prišel v Palmiro Khaled Ibn Al-Walid, general kalifa Abu Bakra. V 12. stoletju je Belovo svetišče postalo utrdba. V 13. stoletju so mesto uničili Mongoli in od tedaj naprej je življenje postopoma sahnilo pod otomanskim vladanjem.

Stara Palmira ni imela jasnega mestnega načrta, ker se je mesto postopoma razvijalo pod različnimi vplivi. Mesto sestavljajo različna arheološka področja, tako južno kot severozahodno od najbolj pomembnega **Belovega templja**. Slednji predstavlja najbolj pomembno versko stavbo prvega stoletja na Srednjem vzhodu.

Bel je bil najbolj čaščen božanstvo, babilonsko-akadski bog rodovitnosti. Za Grke je bil to Zeus, za Rimljane Jupiter, za Feničane pa Baal. Poleg Bela so v templju častili še boga lune in sonca, Yarhibola in Arhibola. Tempelj izvira iz prvega stoletja. Zgrajen je na starem grškem templju. Njegove zunanje mere, ki jih predstavlja obzidje, so (bile) 210 x 205 m. Na notranji strani zidu je bilo dvojno stebrišče iz korintskih stebrov. V notranjosti tempeljskega obzidja je bilo posebej zgrajeno glavno svetišče (cella).

Od Belovega templja proti jugu so ostanki helenističnega mesta, proti severozahodu pa mesto, kjer so grške vplive nadgrajevali z rimskimi. V prvem stoletju so gradili predvsem templje, iz drugega pa izvira gradnja zlasti posvetnega mesta. Zanj je značilna še precej ohranjena in obnovljena prečno potekajoča kolonada včasih pokritega stebrišča, ki je vodila tudi do samega Belovega svetišča, pa tudi v

ostale predele mesta z drugimi templji, agoro, senatom, gledališčem itd. Celotno mesto je bilo obdano z obzidjem.

Od starega mesta se je dobro ohranilo izkopano gledališče, obnovljen je bil t.i. tetrapilon, ploščad s štirimi skupinami iz štirih stebrov, med katerimi so bili nekdanj kipi.

Za obzidjem je na več mestih severozahodno, jugovzhodno in jugozahodno več kot en km dolga nekropola z značilnimi **palmirskimi stolpičastimi grobnicami** v več nadstropjih. Visoke so bile do 10 m, v grobnico so lahko »pokopali« od 100 do 300 umrlih. Klimatske razmere so omogočale mumifikacijo trupel. Vsak »predak«, ki je pripadal določenemu trupu, so zaprli z bogato okrašenimi ploščami, ki naj bi prikazovale doprsni kip pokojnice ali pokojnika. Poleg omenjenih stolpičastih grobnic so bile tudi skromnejše za manj premožne prebivalce, ki so bile izkopane v puščavski skalah ali pesku.

Nad mestom se dviga mogočen arabski **srednjeveški grad, Qala'at Ibn Ma'an**, ki sicer nima velikega zgodovinskega pomena, je pa kljub temu zelo slikovit in nudi lep razgled nad celotno Palmiro. Grad so povezovali z libanonskim emirjem Fakhr-al-Dinom, ki je živel med leti 1590 in 1635, vendar je lahko glede na izkopanine grad nekaj stoletij starejši.

### Spominki

Pred časom me je vprašala neka gospa, kaj kupujem na potovanjih. Včasih sem zbiral lutke v značilnih oblačilih določene pokrajine, pa so mi jih pričeli najedati molji. Sedaj raje kupim kakšno knjigo o krajih, kjer potujem, pa se jih naj lotijo knjižni molji. Tokrat sem (poleg knjig) sredi puščave(!!) kupil leseno žabo, ki z drgnjenjem lesa oponaša žabje kvakanje. Bog ve, od kod so prišle, vsekakor pa so šle dobro v promet. Kasneje smo žabje regljanje vendarle slišali v povirju reke Orontes, kjer smo si ogledovali do 20 m (v premeru) velika lesena kolesa, norije. Te že tisočletja služijo pretakanju vode v višje ležeče predele za namakanje rodovitne zemlje.

Palmira je res vredna ogleda, vendar ima Sirija poleg nje še mnoge zgodovinsko pomembne točke iz različnih obdobij, saj sodi njeno ozemlje tudi v področje zibelke človeštva, kjer se je med drugim rodila tudi prva pisava. Glavno mesto Damask naj bi bilo tudi sploh najstarejše stalno poseljeno glavno mesto na svetu. Na ozemlju današnje Sirije lahko vidimo ostanke številnih starih in manj starih civilizacij, ki so se menjale in mešale ter vtisnile neizbrisne zgodovinske pečate.

Fotobakšiš, prosim



# Mnogi zdravniki imajo radi umetnost

*Gregor Mavčič*

Na letošnjem koncertu Ljubljanskega zdravniškega orkestra Camerata Medica, ki se je zgodil 19. aprila, smo po nekaj letih ponovno zaigrali z violinistom, našim prijateljem nevrologom Markom Zupanom. Spremljali smo ga kot solista pri Tartinijevem Koncertu za violino in orkester.

Koncert smo sicer začeli s Simfonijo Carla Stamitza, po Tartinijevem koncertu za violino in orkester je sledil Ivančičev Divertimento v D, za zaključek sta zazvenela Andante festivo (Sibelius) in slovenska Tam doli za našo vasjo (Hrovat). Dirigiral je Andrej Ožbalt, ki nas vodi že od ustanovitve, to je devetnajst let.

Letos načrtujemo še tri nastope: vsi ste vabljeni na **naš naslednji koncert**, ki bo v nedeljo, **21. junija, ob 18.00 v graščini v Polhovem Gradcu**, na katerem bo kot **solist violinist** nastopil študent medicine **Andrej Gubensek**. Še prej, 16. junija, bo v cerkvi Sv. Jakoba nekaj naših članov sodelovalo na koncertu Pro medico s sodelavci. Proti koncu leta pa nas v začetku decembra lahko vidite in slišite na Koncertu zdravnikov ob Plečnikovem memorialu.

Od ustanovitve do danes si je orkester nabral precej koncertnih izkušenj. V tem času se je že dodobra uveljavil v slovenskem glasbenem prostoru, še posebej pa v zdravniških vrstah. Osnovna usmeritev delovanja orkestra je sodelovanje na pomembnejših javnih prireditvah, ki so povezane z medicinsko stroko, dobrodelnih prireditvah in seveda tudi redno izvajanje samostojnih koncertov.

Orkester se lahko pohvali s številnimi nastopi po vsej Sloveniji. Koncertiral je v Ljubljani, Lukovici, Vrhniki, Logatcu, gradu Snežnik, gradu Bogenšperk, graščini v Polhovem Gradcu, Ribnici, Zelšah, Kopru, Portorožu, Piranu, Bledu, Begunjah, Preddvoru, Škofji Loki, Rogaški Slatini, Olimju, Slovenski Bistrici...

Repertoar sestavlja večinoma klasična glasba, zagodemo pa tudi kakšno prirejeno narodno vižo ali večno zeleno melodijo. V nekaj sezonah je program obsegal tudi več del slovenskih skladateljev: Lipovšek, Škerjanc, Lajovic, Šantel, Hrovat. Včasih nastopimo tudi v kvartetu ali poljubni komorni zasedbi.





Mnogi zdravniki imajo radi umetnost, nekateri se z njo aktivno ukvarjajo. Nekaj jih že vrsto let sodeluje v Ljubljanskem zdravniškem orkestru Camerata Medica, ki šteje 22 članov in v katerem igra tudi nekaj študentov medicine in prijateljev z drugimi poklici.

V orkestru so v začetku igrali samo zdravniki, s tem namenom je bil ustanovljen. Z leti pa se je pokazalo, da samo z zdravniki orkester ne bi več obstal in preživel. Veliko zdravnikov je nekoč igralo kakšen inštrument in mnogi še danes radi prisluhnejo dobri glasbi, vendar zaradi službenih in drugih obveznosti ne utegnejo sodelovati v orkestru.

Tisti, ki sodelujemo v orkestru, smo veseli, da lahko na tak način še naprej razvijamo naše glasbene sposobnosti in gojimo ljubezen do glasbe. Naš dirigent Andrej Ožbalt pravi, da je naš napredek očiten in da smo se že navadili izvajati tudi zahtevnejša dela, ki se jih v zadnjih letih tudi hitreje naučimo.

Pri našem delovanju pa se v zadnjem času srečujemo tudi s finančnimi težavami. Letos se je prvič zgodilo, da od Javnega sklada za kulturne dejavnosti (JSKD) v Ljubljani nismo prejeli sredstev za najem koncertne dvorane. Vlogo so nam zavrnil. Zaradi gospodarske krize pa so se zmanjšala tudi sponzorska sredstva.

Kljub vsemu se zdravniki radi zatekajo v glasbeno umetnost, saj je to ena izmed poti sprostitve. Obnovijo in naberejo si novih moči za zahtevno in odgovorno zdravniško delo, ki ga spremljajo številne zahtevne in stresne situacije, saj glasba, predvsem klasična, nosi v sebi energijo in kakovost, ki se je ohranila v svoji obliki in s tem preseгла samega skladatelja. Presega življenje. Lahko bi rekli, da

umetnost, med katero sodi tudi glasba, pravzaprav presega človekovo minljivo življenje.

Znani skladatelj in glasbenik Franz Schubert je menda nekoč dejal: »Zakaj ne bi človek deloval kot preprost glasbeni inštrument, ki odseva lepoto tega sveta?« Ta misel je naše vodilo delovanja.

Foto: Janez Platiše

Marko Zupan, dr. med.



# Smrt na nasprotnem voznem pasu

Majda Kurinčič Tomšič

V sončnem pomladnem jutru sem se peljala z avtomobilom proti mestu. Promet se je nenadoma upočasnil in zatem povsem obstal. Ob cesti je stala množica ljudi in opazovala trenutno dogajanje. Gasilci so iz povsem brezobličnega sivega Clia izrezovali zmaličene ostanke, nekdanj imenovanega, Človeka. Tisti, ki so dogajanje opazovali dalj časa, so prepoznali avto gospe iz sosednjega kraja. Pretreslo me je spoznanje, da se je ponesrečila dobra znanka Jasna.

Jasna se je večkrat obrnila name s kakšnim zdravstvenim vprašanjem. Bila je uglajena, dostojna, prijetna oseba. Z možem sta pred dobrimi dvajsetimi leti, kot mlad zakonski par, osnovala družinsko podjetje. Postala sta finančno uspešna, ugledna, priljubljena v vsaki družbi.

Rodila sta se jima dvojčka – krasen, živahen parček. Večino starševskega dela je opravila Jasna sama. Hčerka je že dosegla svojo zeleno izobrazbo. Sin je bil vsestranski športnik, najbolj ga je privlačilo veslanje, kjer je že dosegal vidne uspehe. Odločil se je nadaljevati s študijem.

Jasna se je začela zavedati, da ji je med pehanjem za uspehom in bogastvom ter skrbjo za družino »odteklo« žele veliko let življenja. Večkrat je možu predlagala, da bi upočasnila tempo dela in se odrekla njegovim novim ambicioznim načrtom.

»Poglej, veliko sva dosegla s skupnim prizadevanjem. Dovolj imava materialnega bogastva, ostalo pa se nama izmika iz dneva v dan. Veliko radosti in zadovoljstva lahko najdeš tudi v drugih, nematerialnih vidikih življenja!«

»Kaj fantaziraš, baba!« je zavračal njene pomisleke.

Jasna je vedno težje zmogla vse postoriti. Zase je vzela le odmerjen čas za telefonski klepet s prijateljicami,

kdaj pa kdaj tudi klepet v živo ob nedeljski kavici, ko ni spremljala sina na trening ali tekmo.

Zadnje čase je dajala vtis zagrenjenosti. Dolgo se je obotavljala, preden je razkrila svoj sum, da ji je mož nezvest. Deležna je bila več njegovih grobosti kot v prejšnjih časih. Nalagal ji je veliko več dela, z opravljenim ni bil skoraj nikoli več zadovoljen. Zabrusil ji je celo, da je za v staro šaro.

Obtožbe, poniževanje in nerazumevanje so postali vsakodnevni način njenega komuniciranja. Sčasoma je izgubila voljo za delo in tudi motiv, da bi še vztrajala v zanjo neznosnem družinskem vzdušju.

Pomislila je na »odrešilno smrt«, kot se je sama izrazila pred nekaj dnevi. Takrat sva se obe strinjali, da bo šla takoj po pomoč k psihiatrinji – družinski terapevtki, ki ji bo pomagala iz labirinta njenih, na videz nerešljivih, družinskih zagat. Med pogovorom sva se dotaknili tudi možnosti ločitve, kot njene zadnje sprejemljive možnosti.

»Bolje sama, kot slabo spremljana!« se je strinjala.

Tri dni kasneje so ostali le še sledovi njenega življenja.

Spomnila sem se, kako sta na kraju nesrečnega dogodka policista fotografirala, merila, zapisovala. »Kakšen nesmisel! Vse bo natančno zabeleženo, vse bo vestno dokumentirano, kaj je privedlo do tragičnega trka.«

Mediji so poročali: »Danes v dopoldanskem času je trinštiridesetletna voznica Clia iz neznanega razloga zapeljala na nasprotni vozni pas. Prav takrat je nasproti pripeljal tovornjak, ki se kljub zaviranju ni mogel izogniti usodnemu trčenju. Voznica je na kraju nesreče podlegla poškodbam. Iz zveržene pločevine so poskušali voznico rešiti gasilci.«





# O smrti poznanega umetnika in zdravnika, mojega učitelja

*Zlata Remškar*

Spremljala sem umetnika in zdravnika na njuni zadnji poti...  
Z vsakim sem potovala posebej,  
ki sta sočasno potovala po poslednji poti...  
Nista vedela drug za drugega...  
da hodita po isti tihi poti...  
Nista se poznala in nista se spoznala...  
Bila sem ob njiju.

V svojem srcu sem ju združevala,  
a se o tem nismo pogovarjali,  
ker sta iskala vsak svojo usojeno jima zadnjo pot,  
ki sem jo poznala za vsakega od njiju le jaz,  
ki sem ju vodila za roko  
do obzorja brezkončnosti,  
kjer se dan združuje z nočjo,  
rojstvo s smrtjo,  
kjer se duše živih razobličijo v plazmo veselja...

Tudi sama osamljena, sem prihajala k tebi umetnik,  
ki si se oklepal življenja,  
ki si v svojem trpljenju srkal iz mojega srca upanje in  
zadnje srage moči,  
ki si tako hlastno hlastal za vsako minuto vsakega jutri-  
šnjega dneva,  
za vsakim upanjem, da bi vse ostalo, kot je bilo,  
pa čeprav si postal priklenjen na posteljo,  
ki si prepotoval ves svet,  
ki so te obiskovali mnogi,  
ki si jih poznal...  
Toda prihajali so drugače kot jaz.  
Prihajali so s svojim življenjem v tvoje usihajoče življenje...  
Jaz pa sem te prihajala hraniti,  
da boš zmogel prenašati svoje ure...  
občutila sem, kako se prelivam vate...  
kako me srkaš,  
kako me vsakič čakaš,  
in prihajala sem,  
zanesljivo prihajala k tebi, ki si me željno čakal  
vsak teden znova  
do tistega dne, ko si prispel do obzorja...  
in si zarisal zaključno črto po listu svojega življenja...

Prihajala sem tudi k tebi zdravnik,  
ki si bil nekdaj moj učitelj,  
ki si me izbral,  
da te bom vodila po poslednji poti,  
ki si vedel, da jo poznam,  
in si jo tudi ti nekoč poznal za druge.  
Sedaj pa si zase potreboval roko,  
ki te bo vodila do obzorja,  
ki ti bo pomagala ugasniti luč tvojih utrujenih oči,  
ki so si žezele le še mir končnega počitka.  
Tudi tebi nisem zatajila!  
Bila sem poleg,  
da sem te,  
ko si prispel do obzorja,  
prijela za roko  
in ti v olajšanju za oba zaprla utrujene oči,  
ki so me gledale vdano hvaležno,  
dokler niso ugasnile  
in si se zлил v noč neskončnega...

Spremljala sem vaju,  
umetnik in zdravnik...  
Umetnik si srkal poslednje srage upanja iz moje duše...  
Zdravnikove oči so me prosile, da jih pomagam ugasniti...  
Nista se poznala.  
Neopazno sta se združevala in spoznavala v mojem srcu.  
Tisti dan, ko je umrl umetnik, so mu v poslednjo čast  
mogočno zazvonili  
vsi zvonovi tukajšnjega življenja...  
Tisti dan, ko je umrl zdravnik,  
pa je zazvenela le moja žalost  
za mojim umrlim učiteljem...

»Au« – foristična tinktura

## Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

*Janez Tomažič*

Sedaj je zlata doba za aforiste. Karkoli napišeš o zdravstvu, je aforizem. Pa naj še kdo reče, da zlati časi ne morejo biti sedanjost.

Ena najkoristnejših služb bi bila, tako menijo številni bolniki, ambulanta ob izhodu iz Kliničnega centra, kjer bi bolnikom razložili, kar so jim ravnokar povedali v Kliničnem centru (velja za Ljubljano in Maribor).

Nedavno sem bolnici komunikologinji lahko po pregledu svetoval le to, da naj izboljša komunikacijo z lastnim telesom.

Timsko delo v bolnici je poskus reševanja problemov, ki jih kot zdravnik zasebnik zanesljivo ne bi imel.

Da bi zjutraj razvedril bolnika, mu rečem: »Danes je pa lep, sončen dan.«

Odgovori mi: »Dohtar, samo lepih dnevov se bojte!!«

»Zakaj?«

»Zato, ker nas bo enega lepega dne vse vzel hudič.«

Ko je pračlovek prvič rekel »to je moje«, se je začela dolga pot v recesijo. Vse ostalo je zgodovina.

## Aforizmi za odpisane

*Dušan Sket*

Po današnjih kriterijih bi Jezus sodil med a) socialne pedagoge b) zdravilce c) klošarje.

Problem religij je v tem, da se ne odrečejo svojih grehov, preden ponujajo upanje.

Največja milost je to, da veš, kaj je milost.

Če si oblečen v »Armani« ali v raševino, v čem je razlika? Razlika je v tem, da raševine ne držimo na zalogi.

Ko bom umrl, mi ne bo več treba umirati.

Kaj je domovina? Vse znotraj naših meja, razen ljudi.

Vojne nikoli niso zaradi vojakov.

Če si pesnik, imaš najbrž mutacijo na genu za prozo.

# Za bistré glave

*Izak Rozina*

V uredništvo revije Sisi smo prejeli odpustnico enega od kliničnih oddelkov ljubljanskega Kliničnega centra. Tule je spisek okrajšav iz odpustnice:

<b>BMS</b>	<b>LIMA</b>
<b>BMW</b>	<b>LKA</b>
<b>CABG</b>	<b>LM</b>
<b>CIIM</b>	<b>LP</b>
<b>CVI</b>	<b>MONA</b>
<b>D1</b>	<b>NAP</b>
<b>FR</b>	<b>NC</b>
<b>IABP</b>	<b>NSTEMI</b>
<b>IM</b>	<b>PCI</b>
<b>IPP</b>	<b>PTCA</b>
<b>JL</b>	<b>RCA</b>
<b>KOIM</b>	<b>SH</b>
<b>LAD</b>	<b>VG</b>
<b>LCX</b>	

Bralcem, ki bodo pravilno rešili vse okrajšave, bo Zdravniška zbornica Slovenije slovesno podarila 10 kreditnih točk za stalno medicinsko izobraževanje.

Odgovore pošljite v 30 dneh na naslov uredništva revije Sisi.



# Voda patra Radoslava - ki vrača življenje in podaljša mladost

*Che in Zverjasec*

Po dolgih stoletjih opazovanj in raziskav vam predstavljamo edinstveno Vodo patra Radoslava!

Na osmih koncih sveta, še najbolj pa na obronkih Naduhe so ljudje bolj zdravi kot drugod. Sposobni so velikih naporov in dolgega počitka, pri tem pa je njihova hrana skromna in življenjske razmere slabe. Skrivnost je v nekoliko motni, ribniški vodi, ki je v nasprotju z vodo, ki jo uporabljamo drugod po svetu, edinstvena.

V primernem biološkem okolju lahko telo opravlja svojo osupljivo zmogljivost samozdravljenja. Mnogo ljudi ima dandanes prekomerno zakisano telo in s tem tudi možgane zaradi stresa in onesnaženosti okolja ter kozmičnega sevanja, ki se mu ne moremo izogniti. Z uporabo Vode patra Radoslava se v telesu že v kratkem izboljša biološko okolje celic. Po strukturi je namreč podobna telesnim tekočinam, zato ni čudno, da telo hidrira, z energijo okrepi imunski sistem in

tako pomaga pri zdravljenju mnogih bolezni in tegob.

Voda patra Radoslava je voda izjemnih krepilnih lastnosti, ki vsebuje naravne minerale, katere najdemo tudi v svežem sadju in zelenjavi ter ribniške organske snovi. Edinstvena vodikova vez, ki je ima v izobilju, je osnova vsega živega na Zemlji. Prav preko te vezi Voda patra Radoslava utrdi DNA, celično membrano in izboljša medcelično komunikacijo.

Tisoči po svetu, ki so preskusili edinstveno Vodo patra Radoslava, so se vrnili v življenje in mladost!

Ker se zdravim.



## ZAVODNIK – TAKO MISLIMO

Zdraviti ljudi, napisati knjigo<sup>1</sup>

Marjan Kordaš

Najprej sem napisal recenzijo. Potem nekakšna zmešnjava, zaradi katere sem se začel spraševati, ali bo moj zapis ne le zvest, temveč tudi na pravem mestu. Mar ni tako, da mora biti knjiga na polici na pravem mestu, da jo najdem, vzamem v roke, preberem in slišim njeno sporočilo? V primeru spodaj je slednjega sicer zapisal **medicus**, a prepričan sem, da ga bodo slišali tudi mnogi drugi.

Do zadnjega sem upal, da bom na predstavitvi knjige, pa mi je spodletelo. V glavnem zaradi takšne in drugačne patologije, deloma pa tudi zaradi izbirne vaje za medicince naslednjega dne. A imel sem srečo, da me je predstavljena knjiga po ovinkih prek – seveda – Celovca dosegla že nekaj dni po predstavitvi.

Knjiga je sestavljena iz petih delov. Slike so razvrščene skladno s poglavji.

Ko sem knjigo – začeni na zadnji strani – prelistal, sem posamezne kose bral bolj diagonalno. Tudi zaradi številnih slik, ki so res ilustracija besedila. Potem se mi je pa diagonalno branje vse bolj ustavljalo, tako da sem končno začel na začetku. In res: prvo poglavje (**Pod Brinjevo goro**) je besedilo, ki je po svoje enkratno. Posamezne kose sem prebral večkrat in vmes premišljeval. Manjkajoče podatke sem iskal in včasih tudi našel v drugem (**Iz življenja in delovanja v Slovenj Gradcu**) in tretjem poglavju (**Izbor besedil primarija Plešivčnika**).

Avtor se je rodil leta 1929 v vasi Fara pri Prevaljah. Kot otrok je še živel življenje koroških ljudi, ki jih je v letih 1918–1920 zaznamovala zgodovinsko nenaravna meja med Republiko Avstrijo in Kraljevino Jugoslavijo. Kot najstnik je doživel nacistično okupacijo, nadaljeval šolanje na Klasični gimnaziji v Celovcu in Meščanski šoli (Hauptschule) v Mežici ter doživljal nemško-nacistični pritisk asimilacije, se leta 1944 – star 15 let – umaknil v partizane, 1945. spet postal gimnazijec, se leta 1949 vpisal na Medicinsko fakulteto v Ljubljani, 1956. diplomiral in odtelej do leta 1998 kot kirurg travmatolog delal v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec. Upokojil se je kot direktor te bolnišnice.

V knjigi sta dva posebna podatka: Kazalci za klasifikacijo ljudi (z nemških zasedenih območij Kraljevine Jugoslavije) po rasnih (evgeničnih?) merilih (str. 63) ter besedilo

radijskega nagovora dr. Alojzija Kuharja slovenskim domobrancem dne 11. septembra 1943 (str. 76).

Precej mi je dala misliti tudi Plešivčnikova tvegana dogodivščina, opisana na str. 105–106. Na tem mestu sem nehal brati in začel tuhtati, ali naj zgodbi verjamem ali ne. Končno sem ugotovil, da to ni ne moj namen ne moja naloga. Pa je zgodba verjetna? Seveda je, sem si odgovoril, saj sta komisar Dolf ter komandant Džok ravnala po človeški pameti, ne pa zadržto, da je v vsakem primeru nujno izvesti t.i. diferenciacijo...

Menim, da bi bilo narobe, če bi (jaz) tukaj poskusil povzeti vsebino Plešivčnikove pripovedi. Namreč, le integralno branje tega poglavja bralcu omogoči najti nekaj sporočil, ki zajemajo precej več kot le medicino. Tu bom naštel le tri:



1 Drago Plešivčnik: **Izpod Brinjeve gore v Slovenj Gradec**. Kulturno društvo Mohorjan, Prevalje, 2009, 438 str.

1) Morda najbolj daljnosežno je sporočilo o **trdoti tistega časa**. Obiskovanje nemške šole, ne da bi obvladal nemščino (str. 68–75). Zasliševanje na celovškem gestapu, kjer je bil zasliševalec zloglasni SS-Standartenführer Alois Mayer-Kaibitsch (vojni zločinec; po vojni v Avstriji obsojen na dosmrtno ječo; str. 78–79). Doživeti bombardiranje Celovca v januarju 1944, biti zasut v kleti, v zasilnem protiletalskem zaklonišču (str. 81–83). Umik v partizane kot petnajstletnik(!) (str. 93). Strahotna diferenciacija leta 1945 v najožji družini (str. 136–139). Trda poveljna gimnazijska leta (str. 153). Vpis leta 1949 na Medicinsko fakulteto v Ljubljani ter za današnje pojme nepredstavljivo kruta in nepravilna selekcija v 1. letniku (str. 158; od 360 vpisanih v 1. letnik se je uspelo le 90 študentom vpisati v 2. letnik). Tržaška kriza (zaradi priključitve nekdanje cone A Italiji) v oktobru 1953 (str. 161–165).

2) Sporočilo, da je v kolektivni identiteti Korošcev – ki že od nekdaj živijo na obrobju slovenskega kulturnega in govornega območja – zelo poudarjena solidarnost in krajevna pripadnost. Namreč, ko Plešivčnik opisuje svoje vnetje slepiča ter anestezijo (s Schimmelbuschevo masko ter kloroformom) in operacijo (dr. A. Ramšak) v bolnišnici v Črni, si avtor privoščiči skok iz leta 1936 v leto 1967 (str. 27–35), ko je bila ta bolnišnica ukinjena. Plešivčnik na tem mestu opiše vso zgodbo, ki je bila v letu 1967 prisilno zamolčana. Dogajanje ter »ravanje ljudstva« v smislu solidarnosti je odlično opisano na str. 34–35. In če to zgodbo smiselno vključim v Plešivčnikova partizanska leta, se mi vtis o solidarnosti ter lokalni pripadnosti Korošcev še bolj utrdi.

3) Sporočilo, da vsak politični sistem seveda zajame veliko populacijo ljudi, ki so pa v bistvu posamezniki. In

če posameznik hoče preživeti, mora nenehno presojati o kompromisih: kdaj sistemu reči »da«, kdaj sistemu reči »ne«. Namreč, kdor vsakokrat reče »da«, postane inherentna sestavina sistema. Če se to zgodi, je za posameznika skoraj vedno pogubno.

Če k prvemu poglavju – v bistvu izpovedi Draga Plešivčnika – dodam podatke iz drugega in tretjega poglavja, nastane enota, ki kar spodbuja razmišljanje. Morda najbolj o identiteti človeka. Kakšen pomen ima pri tem jezik, če ga opredelimo kot »materni jezik«? Kdaj dobi jezik politično vsebino? Zakaj se ta politična vsebina jezika **vedno** sprevrže v nasilje nad tistimi, ki govorijo drug jezik? Kaj je vzrok, da človek zavrže svoj materni jezik? Kaj je motiv, da se človek opredeli politično? Npr. da postane član nacistične ali komunistične stranke? Da globoko veren kristjan postane resničen ali navidezen ateist, končno pa spozna, da ima svoje korenine v krščanstvu?

In končno: kaj je tisto v identiteti človeka, ki je hkrati **medicus**, da iz njegovega poklica nastane poklicanost?

Knjigo **Izpod Brinjeve gore v Slovenj Gradec**, ki sem jo po ovinku prek Celovca prejel v recenzijo, bom dal knjižnici Zdravniške zbornice Slovenije. Tja pač sodi. V branje zanamcem, ki na srečo niso doživeli Plešivčnikovega **trdega časa**. Zaradi česar pa življenje zdravnika dandanes ni prav nič lažje, temveč kvečjemu – težje!

Založba Mohorjan je opravila kar pomembno delo. Zares v klasičnem duhu Mohorjeve družbe: z ozaveščenjem Slovencev, da je vedno mogoče, včasih pa nujno tvegati in sistemu reči »ne«; da se zavedo ne le kaj **so**, temveč tudi, kaj – **niso**.

## 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 8500 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 XX<sup>th</sup> 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. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

*gordana.kalan-zivcece@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

**Valentin Hajdinjak**, B. Sc.

### Legal and General Affairs Department

**Vesna Habe Pranjič**, L. L. B.

### Finance and Accounting Department

**Jožica Osolnik**, Econ.

### Health Economics, Planning and Analysis Department

**Nika Sokolič**, B. Sc. Econ.

### Training and Professional Supervision Department

**Mojca Vrečar**, M. B. A.



## The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

## Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code. Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work. Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia. Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Deterring prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.