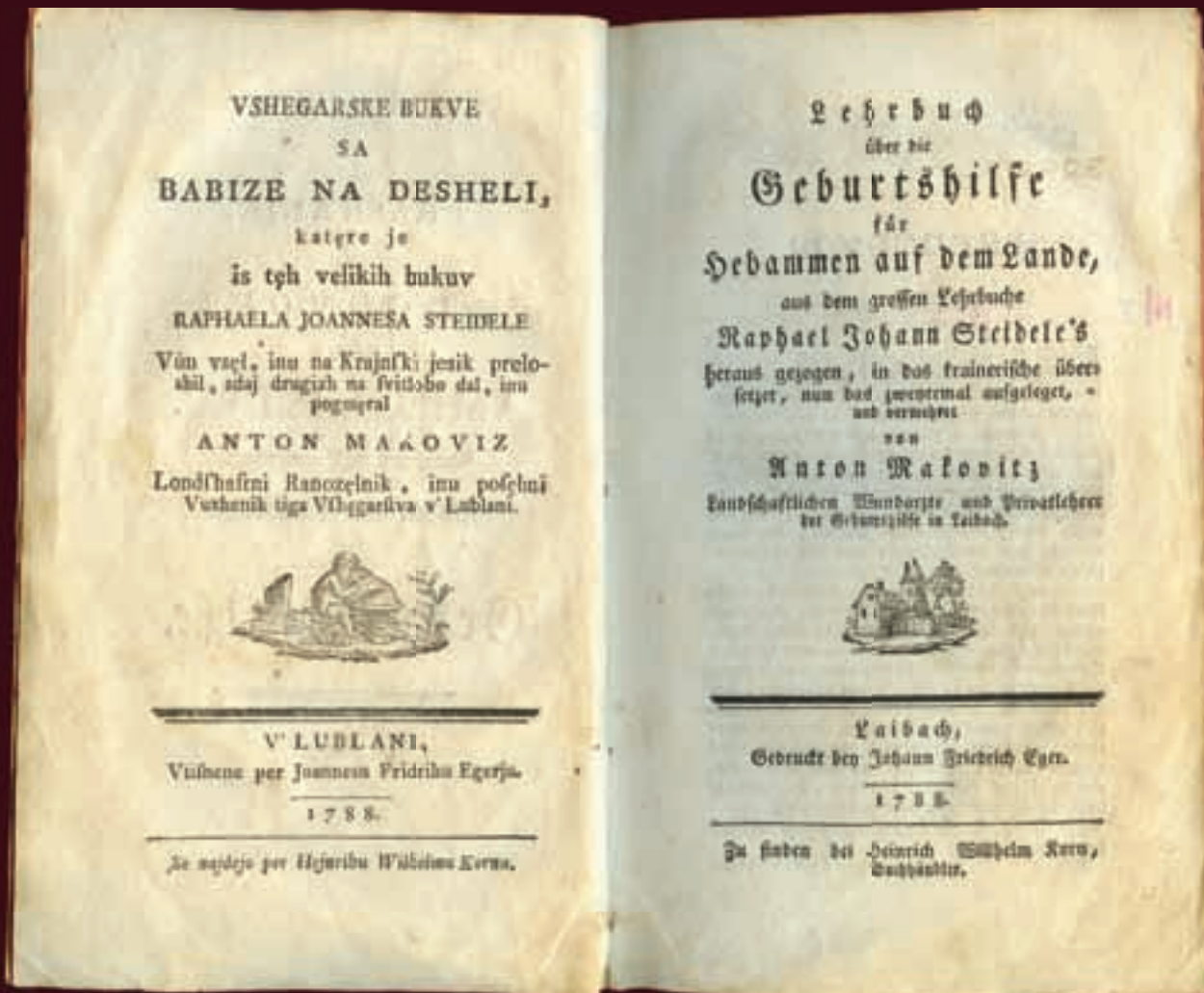


ISIS



VSHEGARSKE BUKVE

SA

BABIZE NA DESHELI,

katere je

is tih velikih bukav

RAPHAELA JOANNEŠA STEIDLE

Vin vzel, inu na Krajski jezik prelo-
žil, sedaj dragish na svitlobo dal, inu
pogostal

ANTON MAKOVIČ

Londšafeni Ranočelnik, inu pošelni
Vestnik tiga Vihgaršiva v Lublani.



V LUBLANI,

Vitšene per Joanneš Fridrih Egerš.

1788.

Je najdejo per Hujaribu Wihelinu Kerna.

Lehrbuch

über die

Gebirthshilfe

für

Hebammen auf dem Lande,

aus dem grossen Lehrbuche

Raphael Johann Steidle's

heraus gegeben, in das traierische übers-
setzt, nun das zweytemal aufgelegt, -
und vermehrt.

von

Anton Makowitz

Landtschaftlichen Wundarzte und Verordschere
der Geburtshilfe in Teibach.



Teibach,

Gedruckt bey Johann Friedrich Eger.

1788.

In finden bei Heinrich Wilhelm Kern,
Buchhändler.

Zakaj tako, ali bi bilo mogoče tudi drugače?



Gordana Kalan Živčec

To vprašanje si ob sedanjih aktualnih dogodkih postavljam vsak dan. Seveda bo le čas zanesljivo podal odgovor. Do tedaj pa lahko pojasnjujemo širšo sliko in zagotavljamo čim bolj celovito informacijo čim širšemu krogu ljudi, še posebej članom.

Po prihodu novega ministra v kabinet smo na njegovo pobudo sprejeli po moji oceni zelo ustrezen dogovor, da bo komunikacija potekala po formalnih poteh, v ključnih trenutkih tudi neposredno. Te zaveze smo se zdravniške organizacije držale v celoti. Minister je bil 13. januarja z najožjimi sodelavci (državni sekretar in oba direktorja direktorata) na Zdravniški zbornici na skupnem sestanku koordinacije zdravniških organizacij. Imeli smo izčrpen pogovor o aktualnih temah in ponovno smo potrdili dogovor o načinu komunikacije, ponovno na pobudo ministra, ki se je tudi zavezal, da nam bo v najkrajšem času posredoval osnutke nove zakonodaje. Tri dni kasneje smo na Zbornici prejeli pismo prim. Janeza Remškarja, v katerem nas je pozval, da podamo pojasnilo o tem, kako poteka postopek obravnave smrti 12-letnega dečka. Natančno smo popisali kronologijo vseh dogodkov, ki jih lahko posredujemo v času, ko postopek še poteka, in odgovor v nekaj dneh posredovali ministrstvu. Zbornica je enako ažurno odgovorila tudi vsem organizacijam, ki imajo pravni interes v zvezi s tem primerom (varuhinja človekovih pravic, državno tožilstvo, komisija za preprečevanje korupcije). Z ministrstva niso postavljali novih vprašanj ali zahtev za pojasnilo. Povsem nepričakovano in popolnoma in nasprotju s skupnim dogovorom je ministrstvo konec januarja organiziralo tiskovno konferenco, na kateri je Janez Remškar ultimativno postavil Zbornici rok, v katerem mora primer zaključiti. To je bil do sedaj najmočnejši in najhujši pritisk politike na stroko.

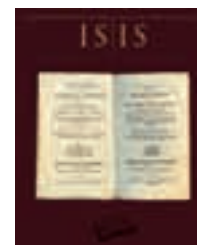
Zbornica se je v danih okoliščinah nemudoma odzvala na politične pritiske. Mogoče katera od rešitev z današnje perspektive ni bila najbolj ustrezna: vsekakor se ne bi ponovno odločila za sodelovanje v oddaji Trenja, za katero so bile načrtovane tri teme (primer smrti otroka, visoke plače zdravnikov in predlog varčevanja v zdravstvu), ostalo pa je le pri eni temi, in to na najbolj tendenciozen način do sedaj. To je sprožilo plaz neupravičenih obtožb na Zdravniško zbornico, na slovensko zdravništvo in neposredno na vodstvo, ki je stopilo v bran stroke in kodeksa, ki ne dovoljuje posredovanja polovičnih, nepreverjenih informacij, prav tako pa ne omogoča podajanja informacij v zvezi z zdravljenjem, če ga k temu ne odvežejo vpleteni v zdravljenje ali sodišče. Četudi so vedno bolj slišani in slišni negativni odzivi, pa me izjemno veliko pozitivnih spodbud prepričuje, da le nismo naredili vsega tako narobe, kot se javno predstavlja. Čeprav so mi celo nekateri visoko cenjeni kolegi postavljali nedostojne ultimite... Po dodatnih pojasnilih in z argumentiranjem dogodkov pa so ugotovili, da je zelo malo prostora, znotraj katerega je mogoče ohraniti dostojanstvo poklica, ki ima visoke strokovne norme. Zato je treba včasih ravnati tudi na videz neobčutljivo, vendar v celoti v interesu bolnika ali osebe, katere zdravljenje in usoda sta ti zaupana. S podobnimi situacijami se soočajo kirurgi, ki morajo žrtvovati organ zato, da ohranijo preostalo telo, onkologi, ki predpišejo zdravila, ki bolniku začasno povzročijo veliko poslabšanje kakovosti življenja, pediatri, ki branijo otroka pred njegovimi starši... Vsem je neizmerno hudo, vendar se zavedajo svoje zdravniške odgovornosti in ravnajo v skladu z njo, četudi jim je kot ljudem – posameznikom, hudo. Tako, kot branimo zdravniki zaupen odnos med bolnikom in zdravnikom, tako bo vodstvo Zbornice branilo kodeks in strokovnost zdravnikovega dela, četudi je pri tem soočeno z bolečino in žalostjo, ki verjetno izhaja iz nerazumevanja ali preskromne informiranosti tistih, ki to bolečino povzročijo.

Menim, da je današnji trenutek najbolje opisal kolega Vojko Flis v svojem izjemnem intervjuju (Večer, 2. 2. 2009), ko je dejal »Ko se umakneš iz tihega sveta med bolnikom in zdravnikom, prideš v svet prava. Tu so v veliki večini Evrope urejene stvari tako, da nihče od zdravnikov ne sme o primeru reči nič, dokler ni zaključen na zavarovalniški ravni ali v sodnem procesu. Ne gre za strah pred plačevanjem odškodnin ob napakah, ampak pred dobesednim javnim linčem. Če teče kazenski in predkazenski proces, zahtevajo nekateri ta linč in se sprašujejo, zakaj ti ljudje, zdravniki sploh še živijo v naši sredini in delajo. Potem se moramo vprašati, kaj od demokratične družbe sploh želimo – ali javni linč ali urejanje na ustaljen način, ki pač vedno ni vsem všeč.«

Na tem mestu se opravičujem v imenu Zbornice in v svojem osebnem imenu vsem, ki sem jim s svojimi nastopi, odgovori ali ravnanjem povzročila bolečino ali breme težavnejšega izvajanja zdravniške službe. Veliko očitkov je namenjenih neustrezni komunikaciji oz. neobčutljivosti pri podajanju izjav. Toda neobčutljivost tistih, ki v medijskih pogovorih delujemo srepro ali hladno, nedotakljivo zremo predse in z vso natančnostjo odgovarjamo na vprašanja ter razglabljam o primerih in ne o ljudeh, je le navidezna. Obraz z leti otrdi, četudi je oseba za njim še vedno ista in človeška. Podzavest se vedno bolj zazidava od zavesti. Vse v samoobrambi, da nas ne bi zlomilo, ker vemo, da moramo vztrajati in poiskati celovite odgovore, ne glede na pritiske. Zato vztrajamo, vsak dan bolj izkušeni, vsak dan bolj opremljeni z znanjem in z zavedanjem, da so nekatera bremena lahko tudi izjemno boleča, vendar neizogibna, če želimo ohraniti strokovno kredibilnost. Tudi slednja namreč daje človeški obraz medicini.

Gordana Kalan Živčec

ISIS



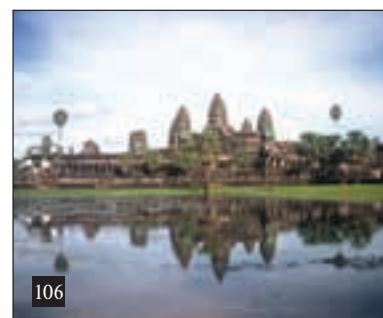
UVODNIK	Gordana Kalan Živčec	• Zakaj tako, ali bi bilo mogoče tudi drugače?	3
ZBORNICA	Strokovna služba Zbornice	• Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe	9
Priznanja	Elizabeta Bobnar Najžer	• Kakovost v zdravstvu 2009	15
		• Najava o objavi javnega razpisa specializacij	18
Odziv in sporočilo medijem		• Nedopustno novinarsko ravnanje TV-ekipe Kanala A	20
PERSONALIA			21
ZDRAVSTVO			
Sistem	Nina Mazi	• Bismarckov model	23
	Božidar Voljč	• Slovensko zdravstvo med današnjo politiko in družbo	24
	Miran Rems	• Kako jutri?	26
Zdravila	Martina Cvelbar	• Neodobrena uporaba zdravila ultiva prašek za raztopino za injiciranje ali infundiranje	29
Sistem	Franc Štolfa	• Obdobja, pomembna v razvoju (zobo)zdravstva po letu 1945	29
	Vojislav Ivetič, Igor Švab, Marko Kolšek, Darinka Klančar, Marija Petek Šter, Danica Rotar Pavlič	• Kompetence zdravnika specialista družinske medicine (3. del)	32
	Jasna Šput	• Simulacijski center Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani	35
	Damjana Pondelek	• Publikacije v zdravstvu - nepotreben strošek?	36
	Davorin Dajčman	• Komunikacija z bolnikom - nepogrešljivi del zdravljenja!	38
Odziv	Franc Štolfa	• Garancija v stomatologiji	39
MEDICINA			
Strokovna srečanja	Štefan Grosek	• RSV-okužbe in preventiva pri otrocih - Poročilo s sestanka znanstvene skupine za vakcinacijo v Bruslju	40
Strokovni prispevek	R. Hojs, M. Gorenjak, M. Krsnik, M. Lainščak, J. Lindič, P. Meško Brguljan, B. Možina, J. Zaletel Vrtovec	• Presejalne metode za kronično ledvično bolezen: ocena glomerulne filtracije	44
	Ciril Oblak	• Kombinirano zdravljenje benigno povečane prostate	46
	Rok Orel	• Črevesna mikroflora, funkcionalne motnje prebavil in možnosti njihovega zdravljenja s probiotiki	48
Simpozij	Damir Franič	• Slovenski konsenz o menopavzni medicini	52
Izobraževanje	Jurij Gorjanc	• S kirurške delavnice žilne kirurgije	54
Medicina in prosti čas	Jasna Čuk	• 31. Iatrosski Alpe-Jadran	55

STROKOVNA REVIJA ISIS, GLASILO ZDRAVNIŠKE ZBORNICE SLOVENIJE

Tokratna naslovnica predstavlja zgodovinsko izjemno pomembno knjigo, ki je prva zdravstvena strokovna knjiga v slovenskem jeziku in je v prvem natisu izšla leta 1782 pod naslovom *Prashanja inu odgovori čez vshegarstvu*. Porodničar Anton Makovic (1750-1803) jo je podobno kot Janez Plečnik prvi slovenski anatomski učbenik priredil v slovenski jezik iz nemškega izvornika po Rafaelu J. Steidlu. Četudi je delo prevodno, je za slovensko medicino izjemnega pomena, saj je Anton Makovic z njim oral terminološko ledino in postavil temelje za slovenski porodniški jezik. Leta 1788 je knjiga doživela ponatis, bila jezikovno izboljšana in jo je Makovic naslovil *Ushegarske bukve sa babize na dezveli*.

Fotografija: iz knjižnice Inštituta za zgodovino medicine Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani. Računalniška obdelava in avtor logotipa: Primož Kalan. Pripravila: prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.

Izobraževanje	Sergej Pušnar	• Tečaj medicinske hipnoze	59
Splet posledično	Nina Mazi	• Cyberohondrija	59
Publikacije	Dušica Pahor	• Acta medico-biotechnica	60
Slavna preteklost – k naslovnici revije	Z. Zupanič Slavec, S. Jaunig	• Anton Makovic (1750-1803), prvi slovenski prosvetitelj babic	62
Iz patografije slavnih glasbenikov	Pavle Kornhauser	• Vzrok smrti P. I. Čajkovskega (1840–1893): kolera ali samomor, ali oboje?	64
ZDRAVNIKI MED SEBOJ			
Medgeneracijsko nesoglasje	Zlata Remškar	• Razmišljanje o zdravniški moči	70
KOLEDAR STROKOVNIH SREČANJ			
91			
DELOVNA MESTA			
91			
ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU			
Kultura in umetnost	Barba Štemberger Zupan	• Prireditev za bolnike	103
Slikarstvo	Janez Platiše	• Razstava Antona Dolenca v Medicinskem centru Iatros	105
S poti	Moja Miholič	• Kambodža je biser jugovzhodne Azije	106
Druženje	Ana Slana	• Zdravniki potrebujemo »odklop«	109
Poezija	Draženka Latinović		110
	Janez Tomažič	• »AU« - foristična tinktura	111
S KNJIŽNE POLICE			
Znanost	Luka Pintar	• Wilhelm Voss: Versuch einer Geschichte der Botanik in Krain (1754 bis 1883)	111
SISI		• Slovensko zdravniško društvo pod pokroviteljstvom ministrstva za zdravstvo organizira v sodelovanju s SISI	112
ZAVODNIK	Matjaž Zwitter	• In kje je zavarovalnica?	114



Impressum

LETO XVIII, ŠT. 3, 1. marec 2009
 natisnjeno 8570 izvodov,
 datum tiska: dan pred izidom
 UDK 61(497.12)(060.55)
 UDK 06.055:61(497.12)
 ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK

PUBLISHED BY
 Zdravniška zbornica Slovenije
 The Medical Chamber of Slovenia
 Dalmatinova 10, p. p. 1630,
 1001 Ljubljana
 W: http://www.zdravniskazbornica.si
 T: 01/30 72 100, F: 01/30 72 109
 E: isis@zss-mcs.si
 Transakcijski račun: 02014-0014268276

PRESEDNICA • PRESIDENT
 prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
UREDNIŠTVO • EDITORIAL OFFICE
 Dalmatinova 10, p. p. 1630,
 1001 Ljubljana
 W: http://www.zdravniskazbornica.si
 Isis online: ISSN 1581-1611
 T: 01/30 72 152, F: 01/30 72 109
 E: isis@zss-mcs.si

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

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

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.
 prof. dr. Jože Trontelj, dr. med.
 prof. dr. Vito Vrbič, dr. dent. med.
 prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med.

SVETOVANJE • CONSULTING
 Anka Štrukelj Fras, univ. dipl. nov.
 Zdravstveno informacijski biro, Ljubljana
 E: info@zib.si, T: 01 43 94 980 / 051 332 716

TAJNICI UREDNIŠTVA • SECRETARY
 Marija Cimperman
 Slavka Sterle

LEKTORICA • REVISION
 Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.

OBLIKOVANJE • DESIGN
 za ATELIER IM • Katja Žlajpah, u. d. i. a.

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

TRŽENJE • MARKETING
 Atelier IM d. o. o., Breg 22, Ljubljana
 T: 01/24 11 930, F: 01/24 11 939
 E: atelier-im@siol.net

TISK • PRINTED BY
 Tiskarna Povše, Povšetova 36 a, Ljubljana,
 T: 01/230 15 42

Vse pravice pridržane, ponatis celote ali posameznih delov je dovoljen le z dovoljenjem uredništva.

Lastnik blagovne znamke: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 10. v mesecu (prejeto v uredništvu) za naslednji mesec. Članke lahko pošljete po pošti na naslov uredništva, po faksu ali po elektronski pošti. Članke oddajate v elektronski obliki (zgoščenska, e-pošta). Dolžina člankov je omejena na največ 30.000 znakov - štetje brez presledkov (velikosti 12 pp, oblika pisave times new roman). Lahko priložite fotografije, diapozitive ali digitalne fotografije. Za objavo so primerne digitalne fotografije, velike vsaj 1500 x 1200 točk (pixels), to je okoli 2 milijona točk. Ločljivost najmanj 300 dpi. Ker izbrane prispevek honoriramo, priložite svoj polni naslov stalnega bivališča, davčno številko, davčno izpustavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke. Prispevke z naslovi, mednaslovi in poučarki (so)opremlja uredništvo.

Prispevki v rubriki »strokovna srečanja«

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

Navodila o navajanju pokroviteljev

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

Izjava uredništva

Članki izražajo stališča avtorjev in ne nujno tudi uredništva, 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. Poštšina plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

ISIS

Sporočilo avtorjem

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

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

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Elizabeta Bobnar Najžer, prof. sl., ru., Zdravniška zbornica Slovenije • Dr. Martina Cvelbar, mag. farm., Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke • Jasna Čuk Rupnik, dr. med., Zdravstveni dom Logatec • Asist. Davorin Dajčman, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • Asist. dr. Damir Franič, dr. med., zasebnik s koncesijo • Mag. Maksimiljan Gorenjak, mag. farm., Univerzitetni klinični center Maribor, Oddelek za laboratorijsko diagnostiko (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Asist. Jurij Gorjanc, dr. med., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec • Doc. dr. Štefan Grosek, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Kirurška klinika, Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo • Prof. dr. Radovan Hojs, dr. med., svetnik, Univerzitetni klinični center Maribor, Klinika za interno medicino (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Asist. Vojislav Ivetič, dr. med., Ambulanta družinske medicine Sava, Sp. Duplex • Senta Jaunig, Inštitut za zgodovino medicine, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • Prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • Boštjan Kersnič, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični oddelek za nefrologijo • Prim. asist. Darinka Klančar, dr. med., Zasebni zavod eVITA • Prim. prof. dr. Marko Kolšek, dr. med., Katedra za družinsko medicino, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • Prim. izr. prof. Pavle Kornhauser, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Mladen Krsnik, univ. dipl. kem., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za klinično kemijo in biokemijo (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Doc. dr. Mitja Lainsčak, dr. med., Bolnišnica Golnik - Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Draženka Latinovič, dr. med., Zdravstveni dom Slovenj Gradec • Doc. dr. Jelka Lindič, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za nefrologijo (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Mag. Nina Mazi, dr. med., Ljubljana • Dr. Pika

Meško Brguljan, univ. dipl. kem., Bolnišnica Golnik - Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Laboratorij za klinično biokemijo in hematologijo (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Asist. Mojca Miholič, dr. med., Zdravstveni dom za študente • Mag. Barbara Možina, mag. farm., Onkološki inštitut Ljubljana, Oddelek za laboratorijske dejavnosti (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Prim. doc. dr. Ciril Oblak, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Kirurška klinika, Klinični oddelek za urologijo • Doc. dr. Rok Orel, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična klinika • Prof. dr. Dušica Pahor, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru • Doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med., Zdravstveni dom Trebnje • Prim. Luka Pintar, dr. med., upokojeni zdravnik, Ljubljana • Janez Platiše, Ljubljana • Damjana Pondelek, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • Sergej Pušnar, dr. med., Zdravstveni dom Nova Gorica • Prim. mag. Miran Rems, dr. med., Splošna bolnišnica Jesenice • Dr. Zlata Remškar, dr. med., Bolnišnica Golnik - Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo • Asist. dr. Danica Rotar Pavlič, dr. med., Zdravstveni dom Ljubljana, Enota ZD Vič • Rudnik • Ana Slana, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Dermatovenerološka klinika • Barba Štemberger Zupan, KUD Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher • Prim. Franc Štofla, dr. dent. med., upokojeni zdravnik, Celje • Jasna Šuput, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana • Prof. dr. Igor Švab, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • Prof. dr. Janez Tomažič, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja • Dr. Božidar Voljč, dr. med., upokojeni zdravnik, Ribnica • Asist. dr. Jelka Zatelet Vrtovec, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Interna klinika, Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni (Delovna skupina za implementacijo presejalnih metod za kronično ledvično bolezen) • Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine • Prof. dr. Matjaž Zwitter, dr. med., Onkološki inštitut Ljubljana

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovnih služb

Zbornica ne bo popuščala političnim pritiskom ♦

Zdravniška zbornica se je dne 28. januarja z novinarsko konferenco in s sporočilom za medije odzvala na navedbe in pismo direktorja direktorata za zdravstveno varstvo, ki je Zdravniško zbornico Slovenijo pozval k čimprejšnjemu dokončanju obravnave primera smrti 12-letnega dečka, to je najpozneje v mesecu dni.

Zdravniška zbornica Slovenije je 28. januarja javnosti, pred tem pa 22. januarja tudi ministrstvu celovito predstavila kronologijo obravnave tega kompleksnega primera in pojasnila vzroke za dolgotrajnost obravnave. Objektivne zamude so nastale vsaj zaradi treh razlogov: prvoimenovani slovenski ekspert za eksterni nadzor se je izvzel iz primera, ker je ocenil, da ima premalo kliničnih izkušenj, četudi dela 35 let na tem področju, kar je zahtevalo novo imenovanje. Nadalje so novi slovenski eksperti želeli potrditev laboratorijskega izvida iz Londona, na katerega smo čakali 3 mesece. Zadnja zamuda je nastala, ker nam je pediatrična klinika v Ljubljani svetovala tujega eksperta, za katerega so se odločili, da ga bodo povabili k pripravi ekspertize, vendar ni bil ustrezen, ker ni zdravnik. Slednje je povzročilo pomemben zaostanek; v nasprotnem primeru bi bil primer danes zagotovo že rešen. Prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, ob tem poudarja, da bo Zbornica primer zaključila odgovorno in celovito, zagotovo pa zaradi političnih in medijskih pritiskov ni mogoče skrajševati postopka na račun strokovnosti.

Zdravniška zbornica se zaveda odgovornosti, ki jo nosimo v primeru obravnave smrti 12-letnega dečka in v vseh drugih primerih, v katerih nam je zaupana strokovna presoja. Prav zato si prizadevamo pridobiti vse potrebne informacije in dejstva, ki bi pripomogla k celoviti razrešitvi primera. Tudi sami si želimo primer čim prej zaključiti, zato smo uporabili vse razpoložljive kontakte in vire, ki bi lahko pripomogli k čim hitrejši, vendar celoviti razrešitvi primera.

Starši si namreč zaslužijo celovito in popolno informacijo.

Ker ministrstvo z razmislekom o javnih pooblastilih na področju rednih in izrednih strokovnih nadzorov od ZZS zahteva hiter zaključek obravnave ter pri tem postavlja enomesečni rok, smo javnost opozorili na nedopustnost političnih pritiskov ter glede javnih pooblastil pojasnili:

Javna pooblastila zagotavljajo nadzor nad usposobljenostjo in varnostjo dela domačih in tujih zdravnikov v Sloveniji. V ta namen vodi Zbornica kot javno pooblastilo zdravniški register, izdaja licence za samostojno delo, vodi podiplomsko usposabljanje in spremlja stalni strokovni razvoj zdravnikov na poklicni poti ter izvaja strokovni nadzor s svetovanjem. Izjemno pomembno je, da bolnik ob prihodu k zdravniku ve, da je zdravnik usposobljen za svoje delo in bo zdravljen v skladu s pravili zdravniške znanosti in stroke ter skladno z zdravniško etiko in deontologijo. Zbornica že od svojega nastanka pred skoraj sedemnajstimi leti predstavlja edino institucijo v državi, ki sistematično ureja to področje ter tako preprečuje morebitno nezakonito zdravniško delo. Z uvedbo spremljanja stalnega strokovnega razvoja in obveznimi oblikami spremljanja najnovejših spoznanj in hkrati preverjanjem pridobljenega znanja in veščin pri strokovnih nadzorih Zdravniška zbornica Slovenije zagotavlja kakovostno in varno zdravstveno varstvo državljanom.

Članarina ZZS za leto 2009 ♦

Minister za zdravje RS je v petek, 6. februarja, podal soglasje k sklepu o spremembah in dopolnitvah sklepa o določitvi članarine Zdravniške zbornice Slovenije, ki je bilo v Uradnem listu RS objavljeno v petek, 13. februarja 2009.

Članarina, ki se, skladno z zakonom o zdravniški službi, usklajuje z izhodiščno bruto plačo zdravnika, bo v letu 2009 v primerjavi s preteklim letom v povprečju višja za dobrih 20 odstotkov, za kolikor se z uveljavitvijo Zakona o sistemu plač v javnem sektorju (ZSPJS) v povprečju zvišuje tudi izhodiščna bruto plača zdravnika. Pri določitvi mesečne članarine za

leto 2009 pa se v osnovi ne upošteva uvrščanje zdravnika in zobozdravnika na podlagi posebnih pogojev dela – PPD.

Tako znaša članarina 1,2 odstotka osnovne plače zdravnika oziroma zobozdravnika z upoštevanjem do dveh napredovanj. Članarina specialistov z manj kot šestimi leti delovne dobe po opravljenem specialističnem izpitu pa znaša 95 odstotkov zneska članarine, ki bi jim bila sicer odmerjena.

Članarina polno upokojenih zdravnikov in zobozdravnikov se s 1. januarjem 2009 izenačuje z višino članarine zdravnikov in zobozdravnikov visokošolskih učiteljev ali znanstvenih delavcev, ki ne opravljajo zdravniške službe. Uvaja pa se nova kategorija članov, in sicer tistih, ki imajo pravico do delne pokojnine. Članarina za takega člana znaša 75 odstotkov članarine, ki bi jo moral plačevati, če bi bil polno zaposlen.

Zdravniška zbornica Slovenije pri določitvi članarine posveča večjo pozornost tudi varstvu posebne skupine članov Zbornice, in sicer staršem. Sklep zajema starše na starševskem dopustu (porodniški dopust, očetovski dopust, dopust za nego in varstvo otroka ter posvojiteljski dopust), starše, ki uveljavljajo pravico do dela s krajšim delovnim časom zaradi starševstva, in tiste, ki uveljavljajo pravico do plačila prispevkov zaradi zapustitve trga dela v skladu z Zakonom o starševskem varstvu in družinskih prejemkih. Slednji, ki so kot starši štirih ali več otrok zapustili trg dela zaradi njihove nege in varstva, so plačila članarine oproščeni.

Prepričani smo, da bomo novo višino članarine, ki je bila podrobno predstavljena in razčlenjena v Biltenu št. 20, upravičili z bistveno večjim obsegom ponujenih storitev, ki jih potrebujete in želite naši člani – naj med njimi izpostavimo zavarovanje pravne zaščite za člane Zdravniške zbornice, ki vam je na voljo od januarja letos, načrtovano **osebno** zaščito zdravnikov in zobozdravnikov z organizirano pomočjo v stiski in z ukrepi za preprečevanje izgorelosti, ustanovitev Domus Medica, projekt Kakovost v zdravstvu, popolno informatizacijo poslovanja s člani itd.

Organizacija urgentnih centrov v Sloveniji ◆

V četrtek, 5. februarja 2009, smo se predstavniki Zdravniške zbornice Slovenije udeležili prvega sestanka delovne skupine za opredelitev organizacije urgentnih centrov v Sloveniji. Ministrstvo za zdravje je prisluhnilo pobudam Zdravniške zbornice Slovenije, da nujna medicinska pomoč postane nacionalni program, ne le projekt, pri čemer so urgentni centri njegova nadgradnja. Skupina se je seznanila z dosedanjim opravljenim delom in sprejela strategijo razvoja v prihodnje. Ker so k sodelovanju v delovni skupini povabljeni strokovnjaki različnih področij zdravstvene dejavnosti, upamo, da se delo skupine ne bo omejilo le na pripravo temeljnih dokumentov za organizacijo urgentnih centrov, temveč bo poskrbela tudi za kakovostno izvajanje programa nujne medicinske pomoči (zakon o urgentni službi, nadzori in izobraževanje NMP, organizacija sistemov v primeru velikih nesreč itd.).

Zobozdravniki

Zobozdravniki svarimo pred slabšanjem zobozdravstvene varstva bolnikov

15. januarja 2009 je odbor za zobozdravstvo pri ZZZS na novinarski konferenci javno posvaril pred slabšanjem zobozdravstvenega varstva državljanov ob morebitni uveljavitvi glavarinskega modela financiranja zobozdravstvene dejavnosti, kot ga predlaga Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS).

9. februarja 2009 smo Zdravniška zbornica Slovenije, Slovensko zdravniško društvo, zobozdravniki in ostali, ki nam ni vseeno za prihodnost zobozdravstvenega varstva državljanov, izrazili javni protest in nasprotovanje naslednjim vladnim odločitvam, ki vodijo v sistematično slabitev zobozdravstvenega varstva državljanov:

Glavarinski model financiranja zobozdravstvene dejavnosti: Glavarinski model financiranja zobozdravstvene dejavnosti (plačilo zobozdravstvenih storitev po številu bolnikov), kot ga želita uveljaviti ZZZS in Ministrstvo za

zdravje, bo izjemno poslabšal dostopnost ter znižal kakovost in varnost zobozdravstvenih storitev.

Glavarinski sistem prinaša točkovno ovrednotenje državljanov; odrasel zavarovanec 18,15 točke ali 44 EUR, otrok pa 23,60 točke ali 65 EUR. To zadošča le za en pregled in dve zalivki na posameznika na leto. Je to raven zobozdravstvenih storitev, ki jo želi država zagotoviti svojim državljanom? Jasno je, da se bo v tem primeru ustno zdravje državljanov, zlasti socialno ranljivejših, dramatično poslabšalo.

ZZZS želi zobozdravnikom po novem naložiti skrb in odgovornost, da z enakimi ali še manjšimi sredstvi oskrbijo več, v povprečju kar 2400 odraslih bolnikov. To je v nasprotju s strokovnimi normativi, ki opredeljujejo največ 1600 odraslih bolnikov na zobozdravnika kot še sprejemljivo strokovno mejo, ki še omogoča varno oskrbo bolnikov. Jasno je, da se bo v tem primeru za vsakega posameznika čakalna doba še podaljšala in da posameznemu državljanu ne bo mogoče nuditi kakovostne in varne zobozdravstvene oskrbe.

Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki ocenjujemo, da predlagani model glavarin ni dovolj strokovno premišljen. Ugotavljamo, da gre za izrazito neustrezen ukrep financiranja zobozdravstvenega varstva prebivalcev oziroma naših bolnikov z nepredvidljivimi posledicami in učinki.

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

Zniževanje vrednosti zobozdravniškega dela: V novem plačnem sistemu predstavlja delež zvišanih sredstev za stroške dela v zobozdravstvu le 0,3 odstotka celotnega povečanja stroškov dela v zdravstvu. Tudi sicer je za zobozdravstvo namenjenega manj kot 4 odstotke denarja javne zdravstvene blagajne, kar zadošča za en pregled in dve zalivki na posameznega pacienta na leto.

Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki opozarjamo, da lahko tudi nižanje vrednosti zobozdravniškega dela vodi v nižanje kakovosti in varnosti zobozdravstvene oskrbe državljanov. Slabo vrednoteno delo zobozdravnikov je še zlasti problematično ob naraščajočih materialnih stroških, saj se nižajo razpoložljiva sredstva za zobozdravstveni tim, posledično pa se manjšajo

tudi možnosti za kakovostno in varno oskrbo bolnikov.

Vlado RS smo zato pozvali, da upošteva predlog o uvrstitvi zobozdravnikov v ustrezen plačni razred.

Nezadostno seznanjanje bolnikov z dejanskim obsegom njihovih pravic: Zobozdravstvene organizacije in zobozdravniki ugotavljamo, da so bolniki slabo obveščeni o dejanskem obsegu njihovih pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj se pogosto šele pri obisku zobozdravnika zavejo, kako malo pravic jim omenjeno zdravstveno zavarovanje ponuja.

V Sloveniji je še vedno v veljavi tako imenovana Zelena knjiga iz leta 1982, ki služi za načrtovanje, evidentiranje in obračunavanje (zobo) zdravstvenih storitev. Pri tem pa za postopke zdravljenja niso upoštevani časovni normativi iz Zelene knjige, kar še dodatno poveča zahtevani obseg storitev. Jasno je, da je bil v teh desetletjih dosežen izjemen napredek stroke, ki omogoča sodobne metode zdravljenja. Toda teh metod v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja praviloma ni mogoče realizirati.

Zagotovila ZZZS in ministrstva, da lahko bolniki pričakujejo celovito zobozdravstveno oskrbo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, so zato, ob sočasnem zagotavljanju sredstev zgolj za standardne time najnižje ravni usposobljenosti ter najcenejše materiale na slovenskem tržišču, nerealna in nepoštena tako do bolnikov kot tudi do izvajalcev zobozdravstvenih storitev.

Nekatere storitve, ki so potrebne za zdravljenje in rehabilitacijo, pa sploh niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije smo zato pozvali, da začne opravljati svojo zavarovalniško pojasnilno dolžnost in zavarovancem jasno in transparentno pojasni, katere pravice iz naslova zobozdravstva krije obvezno zdravstveno zavarovanje in katerih ne ter da bo za posamične storitve treba (do)plačati.

Zobozdravniki in zobozdravstvene organizacije opozarjamo politične odločevalce, da je za kakovostno zobozdravstveno varstvo državljanov ključna organizacija zobozdravstvenega varstva na strokovnih temeljih, ne zgolj na finančno-političnih. Zato opozarjamo:

- da je čakalne dobe in dostopnost bolnikov do zobozdravstvenih storitev mogoče optimizirati le z dodatnimi sredstvi in programi, česar glavarinski sistem ne prinaša,
- da je treba zobozdravniškemu delu priznati ustrezno ceno,
- da je treba bolnike pošteno in transparentno seznaniti z dejanskim obsegom njihovih pravic.

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

Javna pojasnila in medijski odzivi

1800 in ne 400 pacientov na zobozdravnika

Javnost smo opozorili, da navedbe ministrstva za zdravje, da veliko zobozdravnikov skrbi le za 400 pacientov, ne držijo. Zobozdravniki imajo v povprečju opredeljenih 1800 pacientov.

Minister za zdravje g. Borut Miklavčič je medijem in javnosti podal neresnične navedbe, ko je napovedano uvedbo glavarine v zobozdravstvu utemeljeval z argumentom, da je v Sloveniji veliko zobozdravnikov, ki opravljajo zobozdravstveno varstvo za samo 400 odraslih.

Iz podatkov ZZZS, objavljenih na njihovi spletni strani, je razvidno, da gre za neresnične podatke, saj ima tako malo opredeljenih pacientov samo 20 zobozdravniških timov, kar predstavlja samo 3 odstotke zobozdravnikov od 646 zobozdravniških timov, ki opravljajo zobozdravstveno varstvo odraslih zavarovancev.

Ob tem je pomembno vedeti, da je manjše število pacientov lahko posledica le 0,2 programa ali posledica odsotnosti posameznika zaradi porodniškega dopusta oz. odhoda na specializacijo ali pričetka izvajanja dejavnosti.

Večina zobozdravnikov za odrasle, ki opravljajo polne programe, ima vpisanih od 1000 do 3000 pacientov, v povprečju 1800, kar presega število 1600 pacientov, kolikor jih, v skladu s strokovnimi standardi in ob zmerni patologiji, še lahko ustrezno oskrbi posamezni zobozdravnik.

Javnost in državljanje opozarjamo, da pomeni uvedba glavarine v zobozdravstvu napačno odločitev vlade, ki bo povzročila slabše zobozdravstveno varstvo. Glavarinski model bo namreč zmanjšal dostopnost ter znižal kakovost in varnost zobozdravstvenih storitev, pri čemer pa bodo morali breme napačne politične odločitve, sprejete v nasprotju z vsemi priporočili stroke, nositi pacienti – prvi med njimi ravno socialno ranljivejši.

Zobozdravniki in čisti računi

Odzvali smo se na zapis v Nedeljskem dnevniku z dne 1. februarja 2009 pod naslovom Črne škrbine slovenskega zdravstva, in sicer na napačno navedbo ministra za zdravje, da odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije zavrača obračunski dokument; da Zbornica torej »noče čistih računov«, kot je povedal minister.

Zobozdravniki in zobozdravstvene organizacije smo prvi, ki želimo in v imenu naših pacientov tudi pričakujemo čiste račune in tudi odkrite informacije s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje in drugih političnih odločevalcev o dejanskem obsegu zobozdravstvenih pravic v Sloveniji. V praksi se namreč pokaže, da ZZZS ne opravlja zavarovalniške pojasnilne dolžnosti, saj bi zavarovancem moral jasno in transparentno pojasniti, katere pravice imajo krite in katere ne in koliko bo za posamične storitve potrebno (do)plačati.

Tako smo šele zobozdravniki tisti, ki pacienti na zobozdravniškem stolu seznanjamo z dejanskim obsegom njihovih pravic. To je tudi razlog, da je Zdravniška zbornica Slovenije v odsotnosti informacij izdala informativni plakat »Pravica do zobozdravstvenih storitev« in publikacijo »Vaši zdravniki in zobozdravniki - Poti do zdravja in zdravljenja pri nas«.

Ob dejstvu, da so pravice iz naslova obveznega zavarovanja zelo specifične in relativno majhne ter predvsem pri zobnoprotetični rehabilitaciji odvisne od primera do primera, smo zobozdravniki tisti, ki skupaj s pacienti iščemo ustrezne rešitve in poti do zdravja. Precej storitev namreč sploh ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kar pomeni, da je plačnik vselej pacient, ki te storitve potrebuje. Zavedamo se, da je situacija še posebej obremenjujoča za socialno ranljivejše paciente, vendar za doplačila nismo »krivi« zobozdravniki, pač pa ZZZS in ostali politični odločevalci, ki državljanom določajo obseg pravic iz naslova zobozdravstvenih storitev. Upravičeno se bojimo, da bo glavarinski model, kot ga želi v zobozdravstvu uveljaviti ZZZS, pravice iz naslova zobozdravstvenih storitev še okrnil. Zaradi novega modela financiranja, ki želi vezati plačilo zobozdravniških storitev na število pacientov, bo vsak posameznik moral za kakovostno zobozdravstveno oskrbo plačati več kot do sedaj.

Menimo, da je to problematika, ki ta trenutek mnogo bolj zadeva paciente od samih specifikiranih računov za uporabljene materiale in opravljene zobozdravstvene storitve, ki jih želi uveljaviti ZZZS, na kar smo opozorili tudi ministra. Tako sem 14. decembra ministra pisno opozorila: »Dejstvo je, da je na področju javnega zobozdravstva veliko težav, ki jih lahko

rešujemo samo s sodelovanjem in pogovorom o resničnih problemih v zobozdravstvu, med katere po mojem mnenju ne sodi obračunski dokument, ki ga na področju protetične rehabilitacije že imamo.«

Odpiranje obrobni zobozdravstvenih tem s strani ZZZS in ministrstva ob sočasnem izogibanju problematiki, ključni za zobozdravstvo varstvo pacientov danes in v prihodnje, namreč zobozdravniki razumemo kot poskus preusmeritve pozornosti javnosti stran od aktualnih težav v zobozdravstvu, katerih posledice bodo najbolj prizadele ravno socialno ranljivejše paciente – to bo ob morebitni uvedbi glavarinskega sistema toliko bolj očitno.

Nikakor torej ne drži, da bi Zdravniška zbornica Slovenije specifikiranim računom za uporabljene materiale in opravljene zobozdravstvene storitve, tj. »obračunskemu dokumentu«, kot ga imenuje minister, nasprotovala; opozarjamo pa na dejanske probleme v zobozdravstvu, pri morebitni uvedbi obračunskega dokumenta pa nedvomno pričakujemo ustrezno finančno nadomestilo za dodatno administrativno obremenitev zobozdravnikov.

Pričakujemo torej, da bo Zavod za zdravstveno zavarovanje ob načrtovanju ukrepov, ki bi, podobno kot specifikirani računi za uporabljene materiale in opravljene zobozdravstvene storitve, pomenili dodatno administrativno obremenitev zobozdravnikov, poskrbel za ustrezno finančno nadomestilo in podporo. ZZZS namreč zobozdravnikom trenutno ne priznava niti dejanskih stroškov, ki nastajajo zaradi elektronskega poslovanja in širitve obsega zahtev državnih organov in zavarovalnic po administrativnih in zdravstvenih podatkih.

Naj spomnimo, da je izdajanje informativnih izračunov, ki spremljajo predlog zobnoprotetične rehabilitacije pri protetičnih storitvah v zobozdravstvu, že utečena praksa. Na primarni ravni v zobozdravstvu pa se informativni izračuni ne izdajajo, saj bi, kot rečeno, predstavljali obsežno administrativno obremenitev zobozdravnikov, ki s strani ZZZS terja ustrezno finančno nadomestilo.

Doplačila v zobozdravstvu

O (ne)upravičenosti doplačil v zobozdravstvu smo spregovorili za 24 ur.com/Cekin:

Sodobna stomatologija uporablja aparature, materiale in postopke, ki praviloma presega osnovno strokovno še sprejemljivo zobozdravstveno oskrbo, ki jo bolnikom zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Zato se v zobozdravstvu praktično ni mogoče izogniti doplačilom. Doplačila so torej upravičena in

potrebna, zavedamo pa se, da so obremenjujoča zlasti za socialno ranljivejše bolnike. Toda za doplačila nismo krivi zobozdravniki, pač pa sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je v veljavi pri nas. Bolniki, slabo informirani o dejanskem obsegu njihovih pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, se pogosto šele pri obisku zobozdravnika zavejo, kako malo pravic jim ponuja omenjeno zdravstveno zavarovanje. V Sloveniji je namreč še vedno v veljavi tako imenovana Zelena knjiga iz leta 1982, ki služi za načrtovanje, evidentiranje in obračunavanje (zobo)zdravstvenih storitev. Pri tem pa za postopke zdravljenja niso upoštevani časovni normativi iz Zelene knjige, kar še dodatno poveča zahtevani obseg storitev. Jasno je, da je bil v teh desetletjih dosežen izjemen napredek stroke, ki omogoča sodobne poti zdravljenja. Toda teh poti v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja praviloma ni mogoče realizirati. Zagotovila ZZZS in ministrstva, da lahko bolniki pričakujejo celovito zobozdravstveno oskrbo iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, so zato, ob sočasnem zagotavljanju sredstev zgolj za standardne time najnižje ravni usposobljenosti ter najcenejše materiale na slovenskem tržišču, nerealna in nepoštena do bolnikov, pa tudi do izvajalcev zobozdravstvenih storitev.

Malo sredstev, veliko pravic?

O tem, ali je mogoče z majhnimi sredstvi in omejenimi pravicami zadovoljivo poskrbeti za vse državljane, smo spregovorili za Večer.

Ministrstvo za zdravje in ZZZS že vrsto let prepričujeta slovensko javnost, da je mogoče z majhnimi sredstvi in omejenimi pravicami zadovoljivo oskrbeti vse državljane. Nato pa, ko se izkaže, da to seveda ni mogoče (z denarjem za par čevljev pač ni mogoče kupiti deset parov), krivdo prelagata na izvajalce - zobozdravnike.

Zobozdravniki smo tisti, ki že vrsto let opozarjamo na pomanjkanje sredstev in omejene pravice v zobozdravstvu, kar je morda moteče. Za razliko od političnih odločevalcev namreč opozarjamo na dejansko stanje in dejanske pravice ter zastopamo stališča in pravice državljanov.

Lahko spomnimo na leto 2004, ko so predstavniki ZZZS, sedaj sodelavci Ministrstva za zdravje, zagotavljali, da se pravice niso zmanjšale, nato pa se je kmalu izkazalo, da so se pravice bolnikov pomembno zmanjšale. Predstavniki zobozdravnikov smo z javnim opozarjanjem dosegli, da so na ZZZS na pobudo predstavnikov sindikatov v skupščini ZZZS spremenili svojo, za bolnike neustrezno odločitev. Podobno se bo

tudi tokrat izkazalo, da zobozdravniki upravičeno opozarjamo na neustreznost glavarinskega sistema.

Opozarjamo, da predlagani model glavarin ni dovolj strokovno premišljen. Ugotavljamo, da gre za izrazito neustrezen ukrep financiranja zobozdravstvenega varstva prebivalcev oziroma naših bolnikov z nepredvidljivimi posledicami in učinki, zato ministrstvo pozivamo, naj prislusne strokovnim argumentom.

Bodo pretehtali strokovni ali politični argumenti?

Na vprašanje Medicine danes, kaj bomo pri zbornici storili, če bosta ministrstvo in ZZZS kljub strokovnim argumentom uveljavila glavarinski sistem financiranja, smo pojasnili:

Zobozdravniške organizacije ministrstvo, ZZZS in javnost argumentirano in pravočasno opozarjamo na posledice uvedbe glavarinskega sistema, ki bi zmanjšal dostopnost ter znižal kakovost in varnost zobozdravstvenih storitev. Vprašanje je torej, kaj je pripravljena storiti država, da do dramatičnega poslabšanja zobozdravstvenega varstva pacientov ne pride. Bomo dežela škrbastih, ali želi država zagotavljati kakovostno in varno zobozdravstveno varstvo? In ne nazadnje, kaj so pripravljene storiti državljani - volivci zoper vladne odločitve, ki vodijo v sistematično slabitev zobozdravstvenega varstva državljanov?

Zobozdravniki želimo državljanom v skladu z dobro klinično prakso ponuditi vse, kar zmoremo in znamo ter kar hiter in dinamični razvoj zobozdravniške stroke tudi omogoča. Zato tudi argumentirano nasprotujemo temu, da se državljanom zaradi finančno-političnih ciljev odvzame kakovostno in varno zobozdravstveno varstvo. In prav zato pozivamo ministrstvo in Vlado RS, da ne popuščata ekonomskim interesom ZZZS, ki zagovarja glavarinski model, pač pa prislusneta pobudam za bolj učinkovito in kakovostno zobozdravstveno varstvo. Odgovornost za politične odločitve, ki bi bile sprejete v nasprotju z vsemi strokovnimi priporočili in opozorili, pa je seveda na strani tistih, ki takšne odločitve sprejemajo. Žal pa morajo breme takšnih odločitev vedno znova nositi pacienti - prvi med njimi ravno socialno ranljivejši.

Družinska medicina ♦

Koncept razvoja primarnega zdravstva

Odbor za osnovno zdravstvo na Ministrstvu za zdravje RS: V januarju so se predsednica odbora za osnovno zdravstvo pri ZZZS, dr. Tonka Poplas Susič, prof. dr. Igor Švab, predstojnik Katedre za družinsko medicino v Ljubljani, in prof. dr. Janko Kersnik, predsednik Združenja zdravnikov družinske medicine pri SZD, udeležili sestanka z ministrom in državnim sekretarjem na Ministrstvu za zdravje. Namen sestanka je bil oceniti poglede na razvoj primarnega zdravstva v prihodnje. Ministrstvo so seznanili s konceptom razvoja primarnega zdravstva, ki so ga s skupnimi močmi obeh kateder, Zbornice, Združenja in RSK-ja pripravljali zadnje leto. Poudarek koncepta je na ustrezni opredelitvi obremenitve zdravnikov, spremembi načina vodenja bolniškega staleža, aktivnem vodenju kroničnih bolnikov, celovitem pristopu do bolnika, racionalizaciji dežurnih mest in ustreznem plačevanju. Osnovo izboljšave kakovosti dela na primarni ravni nudi informatizacija, za katero so se udeleženci strinjali, da je nujno potrebna. Prav tako so spregovorili tudi o izzivih zdravstvenih domov v prihodnosti. Ministrstvo na ravni družinske medicine trenutno ne prepozna partnerja, ki bi bil enakovreden kliničnim inštitutom, klinikam ali kliničnim oddelkom, zato so predstavniki stroke predlagali ustrezno spremembo oz. dopolnitev **Pravilnika o pogojih in postopku za pridobitev naziva klinika, klinični inštitut ali klinični oddelek**, s katero se je okvirno strinjalo tudi ministrstvo. Udeleženci so spregovorili tudi o RSK-ju za splošno/družinsko medicino, ki v okviru obstoječega pravilnika nima realnih možnosti za imenovanje, zato so predlagali spremembo 3. in 6. člena Pravilnika o sestavi in delovanju, s katero soglaša tudi ministrstvo. Predsednica OOOZ, dr. Tonka Poplas Susič, je ocenila sestanek kot dobro izhodišče za nadaljevanje sprememb organizacije in vsebine primarnega zdravstva. Podoben sestanek načrtujejo tudi na ZZZS.

Program prenove primarnega zdravstva na področju družinske medicine predstavljen tudi ZZZS: Februarja so predstavniki odbora za osnovno zdravstvo pri ZZZS, Združenja zdravnikov družinske medicine in RSK-ja Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije predstavili program prenove primarnega zdravstva na področju družinske medicine. Namen sestanka

je bil oceniti poglede na razvoj primarnega zdravstva v prihodnje. ZZS so seznanili s konceptom razvoja primarnega zdravstva, ki so ga s skupnimi močmi obeh kateder, Zbornice, Združenja in RSK-ja pripravljali zadnje leto. Poudarek koncepta prenove je na ustrezni opredelitvi obremenitve zdravnikov, spremembi načina vodenja bolniškega staleža, aktivnem vodenju kroničnih bolnikov, celovitem pristopu do bolnika, racionalizaciji dežurnih mest in ustreznem plačevanju.

Laična javnost ◆

Forum laične javnosti začel z delom

Kot smo napovedali ob koncu preteklega leta, so se v januarju prvič sestali člani foruma laične javnosti, ustanovljenega pri Zdravniški zbornici Slovenije. Sestanek je potekal 26. januarja 2009. Poleg članov foruma so se sestanka udeležili predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, prim. asist. Gordana Kalan Živčec, podpredsednik zbornice in predsednik odbora za bolnišnično in specialistično zdravstvo, prof. dr. Mitja Košnik in predsednica odbora za osnovno zdravstvo, asist. dr. Tonka Poplas Susič.

Na sestanku, namenjenem predvsem medsebojni seznanitvi članov foruma, so predstavniki zbornice predstavili njene naloge in cilje ter pojasnili, kakšna bo vloga foruma. Za zbornico, ki si prizadeva za preglednost svojega delovanja, je mnenje laične javnosti o določenih vprašanih s področja organizacije zdravstva in kakovosti zdravstvene oskrbe bolnikov zelo dragoceno, zato se bo s temi vprašanji obračala na forum. Člani foruma laične javnosti (v končni sestavi naj bi imel forum devet članov) lahko seveda tudi sami izbirajo teme, o katerih bi želeli razpravljati, prav tako, kot se sami dogovarjajo o načinu dela, nadaljnjih srečanjih ..., zbornica pa zagotavlja vse potrebno za delovanje foruma. Sklepe, ki jih bo forum sprejel na svojih srečanjih, bo zbornica predstavila javnosti.

Ker mesta v forumu še niso zasedena, vabimo posameznike, ki bi, združeni v forumu laične javnosti, želeli prispevati h konstruktivni javni razpravi o položaju in prihodnosti slovenskega zdravstva, da svojo namero za sodelovanje sporočijo na e-naslov:

forum.javnosti@zss-mcs.si ali po pošti na naslov: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana (za forum laične javnosti).

Za stalno članstvo v forumu laične javnosti lahko kandidirajo posamezniki, ki niso aktivno

vklučeni v politično delovanje oziroma društveno dogajanje. Zdravniška zbornica Slovenije si namreč prizadeva zagotoviti neodvisno telo, ki bo s tehtnimi argumenti usmerjalo javne razprave, vezane na kakovostno oskrbo bolnikov in zdravstveni sistem.

Zdravništvo ◆

Delo zdravnikov z opravljenim strokovnim izpitom

Ministrstvo za zdravje je potrdilo, da zdravnik, ki je opravil strokovni izpit (zdravnik, ki je opravil sekundarijat) in je vpisan v register, sme skrbeti za bolnike/paciente pod nadzorom zdravnika specialista, in opredelilo pogoje za opravljanje dežurne službe.

Ministrstvo za zdravje se je 28. januarja 2009 odzvalo na dopis Zdravniške zbornice Slovenije glede dela zdravnikov, ki so opravili strokovni izpit in so vpisani v register. Ministrstvo je potrdilo, da zdravnik, ki je opravil strokovni izpit (zdravnik, ki je opravil sekundarijat) in je vpisan v register, sme skrbeti za bolnike/paciente pod nadzorom zdravnika specialista. V kolikor se želi vključiti v opravljanje dežurne službe, pa mora predhodno šestkrat dežurati pod nadzorstvom zdravnika specialista. V zavodu, kjer bo opravljal dežurno službo, morajo interno preveriti njegovo znanje tistega področja urgentnih stanj, ki so najbolj pogosta v dežurni službi, ki jo bo opravljal. Izmed treh članov komisije morata vsaj dva izpraševalca redno opravljati delo v času dežurstva in izpolnjevati pogoje za imenovanje za glavnega mentorja. Izpitna komisija izdela pisni zapisnik preizkusa in izda potrdilo o usposobljenosti za opravljanje dežurne službe, na podlagi katerega se izdela predlog za dežuranje vodstvu ustanove. V času opravljanja dežurne službe mora ustanova določiti nadzornega zdravnika – specialista za konzultacijo. Ta mora zdravniku ves čas opravljanja dežurne službe omogočiti posvetovanje. Dežurnemu zdravniku se določi mentorja. Zdravnik lahko, pod nadzorom zdravnika specialista, dela tudi v ambulanti.

Obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev iz naslova Zakona o pacientovih pravicah

Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/2008) določa pravice, ki jih ima pacient oz. pacientka kot uporabnik zdravstvenih

storitev. Med drugim je z Zakonom predvideno imenovanje zastopnikov pacientovih pravic in ustanovitev Komisije Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic.

Z namenom omogočanja uresničevanja pacientovih pravic Zakon določa obveznosti izvajalcev zdravstvenih storitev. Ministrstvo za zdravje z dopisom iz dne 30. januarja 2009 opozarja zlasti na naslednje obveznosti:

- vsak izvajalec zdravstvenih storitev mora določiti osebo, ki je pristojna za sprejemanje in obravnavo zahteve za prvo obravnavo (57. člen Zakona);
- vsak izvajalec zdravstvenih storitev mora objaviti kontaktne informacije zgoraj omenjene pristojne osebe, pristojnega zastopnika pacientovih pravic ter podatke v zvezi s postopkom prve zahteve zaradi domnevno neustreznega odnosa zdravstvenih delavcev oziroma zdravstvenih sodelavcev (58. člen Zakona).

Ministrstvo za zdravje je z brezplačno publikacijo o pacientovih pravicah ob uveljavitvi Zakona obvestilo zdravstvene domove, bolnišnice ter druge izvajalce. Publikacija je v elektronski obliki na voljo na naslovu http://www.mz.gov.si/si/pacientove_pravice/, kjer so objavljeni tudi zastopniki pacientovih pravic, informacije o pritožbenem postopku in zdravstveni oskrbi, pa tudi besedilo Zakona o pacientovih pravicah.

Pojasnila medijem ◆

Prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., v. d. direktorice v ZD Izola

21. 1. 2009 je svet zavoda ZD Izola prim. asist. Gordano Kalan Živčec, dr. med., na svoji seji imenoval za v. d. direktorice Zdravstvenega doma Izola za obdobje največ enega leta.

Prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je ob sprejemu funkcije v. d. direktorice v Zdravstvenem domu Izola za Primorske novice pojasnila, da je novi izziv sprejela na predlog in povabilo občinske uprave: »Predlog sem sprejela kot izziv in priložnost pomagati lokalni skupnosti pri zagotavljanju nemotene delovanja zdravstvenega sistema. Soočeni so bili namreč z nepreklicnim odstopom dosedanjega direktorja in so nemudoma potrebovali strokovnjaka s potrebnimi znanji in izkušnjami za vodenje ZD Izola.«

Funkciji predsednice Zdravniške zbornice Slovenije in v. d. direktorice v Zdravstvenem domu Izola sta združljivi, vsakršno nezdržljivost, ki bi nastopila v postopkih na Zdravniški zbornici Slovenije, v katere bi bili vključeni zdravniki ZD Izola ali koncesionarji na področju Izole, pa bomo preprečili z dobro utečenimi mehanizmi nadomeščanja predsednice, ki omogočajo prenos posamičnih pooblastil na podpredsednika – podpis licenc, odločbe o mentorstvu, specializacije ipd.

In kako prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., vidi prihodnost zdravstvene ustanove, ki jo bo vodila? »Ob dejstvu, da zaposlene v ZD Izola odlikuje visoka delovna motiviranost, se za prihodnost ZD kljub trenutno negotovim družbenim razmeram ni bati. Naša skupna prizadevanja bodo zato v prvi vrsti usmerjena na kadrovska področja in področja medsebojnih odnosov, vse s ciljem zagotavljanja kakovostnega zdravstvenega varstva.« Primorske novice, 24. 1. 2009

Zdravniška zbornica ne omejuje tujih zdravnikov

Odzvali smo se tudi na prispevek v *Financah Karantena slovenskega zdravstva*, kjer komentator krivdo za pomanjkanje zdravnikov v Sloveniji pripiše kar Zdravniški zbornici, ki da je preveč toga do podeljevanj licenc tujim zdravnikom. Pojasnili smo naslednja dejstva:

V Evropski uniji imajo države v povprečju 31 aktivnih zdravnikov na 10.000 prebivalcev, Slovenija je prav na spodnji meji s približno 24 zdravniki na 10.000 prebivalcev (SZO 2008). Ocene strokovnjakov, glede na vrsto zdravstvenega sistema in načrtovane potrebe zdravstvenega varstva, ki temeljijo na potrebah prebivalstva, govorijo o potrebi po vsaj 700 do 2000 dodatnih zdravnikih. Toda za pomanjkanje zdravnikov v Sloveniji ni kriva »Zdravniška zbornica Slovenije s svojo politiko omejevanja dotoka manjkajočih kadrov«, kot to domneva komentator, pač pa preizko število diplomantov medicinske fakultete (Zdravniška zbornica Slovenije je od leta 1994 večkrat opozarjala Ministrstvo za zdravje RS, da je treba zvišati število vpisnih mest na medicini) ter že desetletja podcenjeno delo zdravnikov v Sloveniji. Tako zdravnik v naši državi zasluži trikrat manj od nizozemskega, štirikrat manj od avstrijskega in petkrat manj od belgijskega zdravnika, kar zmanjšuje motivacijo za klinično delo, prav tako pa upada tudi zanimanje za študij medicine med mladimi. Posledično so obstoječi zdravniki v Sloveniji soočeni z izjemnimi obremenitvami, ki jih povzročajo pomanjkanje zdravnikov ob

sočasnim staranju prebivalstva. Tuji zdravniki zato le redko razmišljajo o nadaljevanju svoje poklicne poti v Sloveniji, saj bi s tem pristali na izjemne obremenitve ob relativno nekonkurenčnem finančnem nadomestilu. Naša država za zdravnike iz EU preprosto ni ekonomsko zanimiva. Še tistih nekaj izjemnih specialistov (npr. otroški kardiokirurg iz Slovaške), ki so pričeli z delom, je odšlo dalje »proti zahodu«. Za zdravnike izven EU pa je Slovenija zanimiva le, dokler ne pridobijo specialističnega naziva, nato pa se usmerijo v ekonomsko bolj stimulirana okolja z višjo stopnjo organiziranosti zdravstvenega sistema.

Pa si pogledajmo še, kako je z domnevno »politiko omejevanja«, ki je bila v prispevku očitana Zbornici. Vse razvite države si prizadevajo za čim bolj kakovostno zdravstveno varstvo svojih prebivalcev. To temelji na visoki strokovni usposobljenosti zdravnikov. Zakonske zahteve za pridobitev zdravniške licence so visoke in terjajo tako od domačih zdravnikov kot tujih državljanov isto kakovost in znanje; standardi medicinskega znanja domačih in tujih zdravnikov, ki zdravijo v Sloveniji, morajo biti namreč primerljivi.

Postopek pridobivanja licenc se razlikuje za zdravnike znotraj Evropske unije in izven nje. Postopki so preprostejši in poenoteni znotraj EU, kjer velja medsebojno priznavanje izobrazbe. Pri teh zdravnikih strokovno usposobljenost preverja Ministrstvo za zdravje, na osnovi njihove odločbe nato Zdravniška zbornica izda licenco. Dolžina trajanja postopka pridobivanja licence za tuje zdravnike znotraj EU torej ni odvisna od Zdravniške zbornice. Zdravniki iz držav izven EU morajo najprej opraviti nostrifikacijo dodiplomskega izobraževanja pri Ministrstvu za visoko šolstvo, znanost in tehnologijo. Nato morajo opraviti strokovni izpit na Ministrstvu za zdravje in izpit iz slovenskega jezika na visoki stopnji. Ko je vsem zakonsko določenim pogojem zadoščeno, Zdravniška zbornica Slovenije določi strokovnega sodelavca, ki program opravljene specializacije v tujini primerja s specializacijo v RS. Strokovni sodelavec določi strokovno izobraževanje v trajanju najmanj 3 mesece in največ 12 mesecev ter na koncu preizkus strokovne usposobljenosti. Ko je vsem zakonsko določenim pogojem zadoščeno, Zdravniška zbornica Slovenije prosilcu nemudoma izda licenco.

Ugotavljamo, da lahko zadostno usposobljeni tuji zdravniki zelo hitro pridobijo licenco, saj brez težav zadostijo pogojem, ki so predpisani za njeno pridobitev. V drugih primerih pa se lahko, glede na dinamiko, s katero uspe posameznik zadostiti pogojem, pridobivanje licence podaljša. Naj omenimo, da je Zdravniška zbornica Slovenije v procesu preverjanja že nekajkrat

odkrila tudi ponarejene dokumente o končani medicinski fakulteti in drugem usposabljanju tujih državljanov.

Zdravniška zbornica Slovenije je pripravljena podpreti prizadevanja za fleksibilnejši sistem, seveda pa ne na račun strokovnosti, ki jo morajo izkazovati vsi zdravniki v Sloveniji – pa ne zaradi Zdravniške zbornice Slovenije, pač pa zaradi pacientov, ki smo jim dolžni zagotoviti kakovostno in varno zdravstveno obravnavo.

ZZS kooperativno sodelovala s PU Maribor

V Večerovem prispevku »Tudi policija terja podatke o Borovi smrti« z dne 30. januarja 2009 smo zasledili navedbe novinarja, da je pridobil neuradno informacijo Policijske uprave Maribor, da »predstavniki Zdravniške zbornice ne želijo izročiti dokumentacije, ki bi jo policisti potrebovali pri preiskovanju smrti Bora Nekrepa.« Takšni navedbi odločno ugovarjamo, saj je Zdravniška zbornica Slovenije s PE Maribor kooperativno sodelovala v procesu pridobivanja informacij in zagotovila vsa potrebna pojasnila o primeru.

Zdravniška zbornica Slovenije je s PE Maribor kooperativno sodelovala v procesu pridobivanja informacij in zagotovila vsa potrebna pojasnila o primeru. Dne 30. januarja 2009 (Na tem mestu želimo opozoriti na dejstvo, da je Večerov prispevek z domnevnimi neuradnimi informacijami PU Maribor izšel, še preden so se predstavniki PU Maribor oglasili po dokumentacijo.) pa je predstavnik PE Maribor na podlagi odredbe Okrožnega sodišča v Mariboru prevzel tudi celotno dokumentacijo, čemur Zdravniška zbornica Slovenije v nobenem trenutku ni nasprotovala. Jasno je, da je prevzem tovrstne dokumentacije mogoč samo s sodno odredbo, kot to določa zakon, kar za nobeno od vpletenih strani (PE Maribor in Zdravniško zbornico Slovenije) ni bilo sporno. Ker pa Večer ob tem zapiše, da »je šlo tako daleč, da so policisti za pridobitev listin zaprosili za sodno odredbo«, želimo bralcem in Vašemu mediju pojasniti, da bi bil vsakršen drugačen način pridobivanja listin, polnih osebnih in drugih občutljivih podatkov, v nasprotju z zakonom o kazenskem postopku. Dovolite, da izrazimo razočaranje Zdravniške zbornice nad omenjenimi navedbami v prispevku, ki neosnovano kriminalizirajo in problematizirajo povsem korektno ravnanje in sodelovanje Zdravniške zbornice Slovenije in PU Maribor v občutljivem primeru obravnave smrti 12-letnega dečka.

Krepitev podjetniške iniciative v zdravstvu

Po podatkih Ajpesa je že več kot 300 zdravnikov specialistov samostojnih podjetnikov (s.p.). Za Dnevnik smo pojasnili stališče Zbornice do podjetniške iniciative.

Zdravniki kot temeljni odgovorni nosilci opravljanja zdravstvene dejavnosti potrebujejo

neodvisnost pri sprejemanju strokovnih odločitev in svobodno izbiro v danih okoliščinah najprimernejšega načina zdravljenja. Tovrstna poklicna avtonomija je opredeljena tudi zakonsko in razumljivo in potrebno je, da si zdravniki prizadevajo zanjo.

Če obstoječe organizacijske oblike zdravnik strokovno utesnjujejo, obenem pa so nenehno preobremenjeni in slabo plačani, je razumljivo, da bodo iskali možnosti, poti in organizacijske

oblike za optimalnejše zdravljenje pacientov ter razvoj in upravljanje svoje strokovne in profesionalne poti. Kot odraz tovrstnega iskanja ustrežnejših rešitev razumemo tudi ustanavljanje s.p.-jev v zdravstvu. Seveda pa pri tem zdravnik prevzema polno odgovornost za delovno obremenitev, ki si jo kot podjetnik nalaga, in mora še vedno v prvi vrsti poskrbeti za strokovno in varno zdravstveno oskrbo pacientov. ■

Strokovna služba Zbornice

Zahvala Mladinskega doma Malči Beličeve

Spodobi se, da se zahvalimo vsem, ki ste nam v minulem letu stali ob strani moralno in materialno. Veseli smo, da niste pozabili nas in da po svojih možnostih pomagata našim otrokom do lepše in boljše samopodobe.

V imenu otrok in vzgojiteljev doma se Vam zahvaljujemo za nakazan sredstva v višini 750,00 evrov.

Z Vašo pomočjo imajo naši otroci in delavci potrditev, da nismo sami, saj mislijo na nas tudi ljudje, ki sicer ne živijo neposredno z nami.

Dovolite nam, da Vas povabimo v naš dom. Veseli smo Vašega obiska, Vi pa boste spoznali življenje otrok in mladostnikov, ki jim je bila odvzeta največja vrednota DRUŽINA.

Hvala vam!

Mladinski dom Malči Beličeve

Priznanja

Kakovost v zdravstvu 2009

Zdravniška zbornica Slovenije je v okviru projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije zdravnikom, ki so izkazali odličnost na področju abdominalne, torakalne ali ginekološke kirurgije ter perinatologije, podelila posebna priznanja.

Na slovesnosti v dvorani Krke v Ljubljani so se 2. februarja 2009 zbrali prejemniki priznanj, ki sta jih nagovorila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. asist. Gordana Kalan Živčec in vodja projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije prof. dr. Marjan Pajntar, za toplo in hkrati slovesno vzdušje je poskrbela glasbena skupina Jararaja s svojimi melodičnimi zvoki.

V času, ko se tudi v zdravstvu postavlja v ospredje količina opravljenega dela in se nevarno skrajšuje čas, ki ga imamo zdravniki in zobozdravniki na voljo za obravnavo bolnikov, pogosto nehote zapostavljamo in žrtvujemo kakovost, ki je za vse udeležence v procesu zdravljenja bistveno bolj pomembna od danes tako cenjene »produktivnosti«, je ob podelitvi priznanj zdravnikom, ki

so se potrdili s svojim strokovnim delom, poudarila predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. asist. Gordana Kalan Živčec. Dodala je, da je zagotavljanje celovite kakovosti zdravstva v Sloveniji ključno za stabilnost in razvoj celotnega sistema zdravstvenega varstva, zato mora kakovost (p)ostati naš strateški cilj. Ne nazadnje je kakovostno izboljšanje zdravstvenega varstva ljudi, skladno s strategijo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO), obvezno za vse izvajalce zdravstvenega varstva. Projekt Kakovost v zdravstvu Slovenije zato predstavlja pomemben mejnik v ocenjevanju kakovosti strokovnega dela, saj prinaša objektivna merila za presojo kakovosti dela zdravnikov in zdravstvenih ustanov na posameznem specialističnem področju. Ob slavnostni podelitvi priznanj je nagrajence nagovoril tudi prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., višji zdravstveni svetnik, vodja projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije. Poudaril je, da so med letošnjimi prejemniki priznanj zdravniki, katerih strokovno delo in rezultati pomembno odstopajo od povprečja v dobro. Njegov govor v celoti objavljamo v okviru.

Ob tej priložnosti je Zdravniška zbornica

Slovenije izdala publikacijo Kakovost v zdravstvu 2009, ki je vsem zainteresiranim na voljo na sedežu Zbornice.



Nagovor ob podelitvi priznanj Kakovost v zdravstvu

Spoštovane dame, spoštovani gospodje,
drage kolegice in kolegi, lepo pozdravljeni

Prišel je dan, ki se ga zelo veselim. Po daljšem in včasih prav trdem prizadevanju nam je uspelo, da povemo strokovni in laični javnosti v Sloveniji, da imamo tudi dobre zdravnike, kaj samo strokovno dobre, nadpovprečne, odlične na enem področju, več področjih ali splošno.

Na dokaj objektivni način nam je uspelo ugotoviti, kdo so zdravniki, ki v svojem strokovnem delu pomembno odstopajo od povprečja, da se jim zahvalimo in jim damo priznanje. Na mojo žalost zaenkrat le na papirju, kasneje pa upajmo, da bomo uspeli preseči uravnilovko in take zdravnike tudi finančno nagraditi, kot smo si to zamislili ob pričetku projekta »Kakovost v zdravstvu Slovenije«.

Ko je v svetu napočilo obdobje, da se je vedno bolj cenila in ugotavljala kakovost dela na vseh področjih, je pred dobrimi desetimi leti na Zdravniški zbornici Slovenije, ki jo je takrat vodil dr. Marko Bitenc, vzniknila ideja, da bi, predvsem zaradi dviga kakovosti zdravstvenega varstva in dobrobiti bolnikov, pričeli opredeljevati kakovost strokovnega dela posameznih oddelkov in zdravnikov. Ta način bi poleg izboljšanja zdravstvenega varstva lahko pripomogel tudi do pravičnejšega nagrajevanja ter nam dal podatke, kje so slabosti, ki jih moramo popraviti ali odstraniti.

Prenesli smo izkušnje zbiranja in analize podatkov, ki smo si jih nabrali pri Perinatalnem informacijskem sistemu Slovenije, ko smo že pred 22 leti kot prvi v Evropi za vso takratno državo začeli zbirati podatke o vsaki nosečnosti, poteku poroda in novorojenčku. Tako smo z lahkoto ugotavljali, kje smo z našimi rezultati glede na druge države, pa seveda tudi, kakšne so razlike med posameznimi oddelki in zdravniki.

Na osnovi teh izkušenj smo z informatikom dr. Branimirjem Leskoškom izdelali še sistem Elektronskega zbiranja podatkov, epidemiolog statistik dr. Ivan Verdenik pa je zbrane podatke obdeloval.

Kakovost smo pričeli opredeljevati na osnovi kazalnikov kakovosti, ki so jih izbrali strokovnjaki posameznih strok. Navdušenje je bilo v začetku veliko, kasneje pa je vnema na nekaterih področjih, zaradi različnih vzrokov, pričela pešati. Nekateri so menili, da jim to zbiranje podatkov vzame preveč časa, drugi, da od tega ne bodo imeli koristi, tretji pa so prenehali, ko so videli, da njihova kakovost ni taka, kot so menili. Vendar se nekateri vračajo. Uvideli so dobrobiti obstoječega sistema opredeljevanja kakovosti za njihov oddelek, da vedo, kje so, ter da lahko z analizami zbranih podatkov ugotovijo marsikaj uporabnega za izboljšanje kakovosti strokovnega dela. Predvsem pa so uvideli, da delajo zase. Imamo nekaj strok, kjer opredeljujejo kakovost na vseh sorodnih oddelkih v Sloveniji, nekaj strok, kjer zbira podatke le nekaj oddelkov, so pa tudi stroke, kjer zbirajo podatke le v eni ustanovi.

Vsako leto analiziramo vse zbrane podatke. O rezultatih, o trendih ter o primerjavi rezultatov med posameznimi oddelki in posameznimi zdravniki iste stroke pisno in opremljeno z grafičnimi analizami obveščamo koordinatorje, predstojnike sodelujočih oddelkov ter posamezne udeležene zdravnike.

Zaenkrat smo preskočili kakovost posameznih oddelkov ter se namenili prikazati rezultate, ki jih dosegajo posamezni zdravniki na štirih področjih, to je tam, kjer sodelujejo vsi ustrezni oddelki v Sloveniji: abdominalna kirurgija, torakalna kirurgija, ginekološka kirurgija ter perinatologija.

Izbrali smo zdravnike, katerih rezultati pomembno odstopajo od povprečja v dobro, ter se namenili, da tem zdravnikom podelimo priznanje Zdravniške zbornice Slovenije za kakovostno strokovno delo.

Ko boste pregledovali seznam nagrajencev, boste lahko ugotovili, da so zdravniki, ki delajo strokovno dobro, tudi v manjših bolnišnicah in drugo, da so dobri pogosto dobri na več področjih.

Pred kakšnim dobrim mesecem sem bral, da Slovenci zelo težko kaj pohvalimo, če pa že pohvalimo, potem rečemo »ampak«. Prosim, ne recite zdaj »ampak«, temveč privoščite ta priznanja s polnim srcem, gradimo na dobrem.

Čestitam nagrajencem in se jim v imenu Zbornice zahvaljujem za dobro strokovno delo.



Dolgoletni sodelavci na projektu: dr. Ivan Verdenik, ga. Milica Trenkič, prof. dr. Marjan Pajntar in dr. Branimir Leskošek (z leve)

Prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med.,
višji zdravstveni svetnik
Vodja projekta Kakovost v zdravstvu Slovenije

Priznanje Zdravniške zbornice Slovenije Kakovost v zdravstvu 2009 ♦

Priznanje Zdravniške zbornice Slovenije Kakovost v zdravstvu 2009 prejmejo (zdravniki, ki so med najboljšimi na več kazalnikih kakovosti, so napisani poudarjeno):

Abdominalna kirurgija

prim. Nikica Andromako, dr. med., UKC Maribor
Brane Breznikar, dr. med., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
asist. mag. Igor Černi, dr. med., Splošna bolnišnica Celje
asist. Andraž Glavič, dr. med., UKC Ljubljana
Ana Grilc Šikovec, dr. med., Splošna bolnišnica Novo mesto
Milan Jakomin, dr. med., Splošna bolnišnica Izola
Borut Kostanjevec, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj
Rok Malavašič, dr. med., Splošna bolnišnica Novo mesto
doc. dr. Boštjan Mlakar, dr. med., Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta
mag. Mark Mušič, dr. med., Splošna bolnišnica Novo mesto
Ludvik Norčič, dr. med., Splošna bolnišnica Murska Sobota – od 31. 12. 07 upokojen
Alojz Pogorevc, dr. med., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec – od 1. 7. 07 upokojen
Marko Rifel, dr. med., Splošna bolnišnica Trbovlje
Koraljka Skračič Smrekar, Splošna bolnišnica Novo mesto
Tomo Šibli, dr. med., Splošna bolnišnica Celje
Maja Šturm, dr. med., UKC Maribor
Stojan Škapin, dr. med., UKC Ljubljana
asist. Borislav Vrbanec, dr. med., Splošna bolnišnica Murska Sobota
Felice Žiža, dr. med., Splošna bolnišnica Izola



Toralna kirurgija – operacija zaradi karcinoma pljuč

prim. Jože Antonič, dr. med., UKC Maribor
doc. dr. Anton Crnjac, dr. med., UKC Maribor
prim. Jože Jerman, dr. med., UKC Ljubljana
asist. mag. Bojan Veingerl, dr. med., UKC Maribor
dr. Stanko Vidmar, dr. med., UKC Ljubljana



Ginekološka kirurgija – histerektomija in operacije na adneksih

doc. dr. Matija Barbič, dr. med., UKC Ljubljana, Ginekološka klinika
(najboljši rezultati na dveh kazalnikih v ginekologiji)
izr. prof. dr. Igor But, dr. med., UKC Maribor
Saša Djukanović, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj (najboljši rezultati v dveh strokah: ginekologiji in perinatologiji)
Boris Kous, dr. med., Splošna bolnišnica Murska Sobota
asist. dr. Leon Meglič, dr. med., UKC Ljubljana, Ginekološka klinika
Zoltan Stjepan Mileta, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj
(najboljši rezultati v dveh strokah: ginekologiji in perinatologiji)
Aleksander Merlo, dr. med., Ginekološka ambulanta Postojna
Lidija Ouček Farkaš, dr. med., Splošna bolnišnica Murska Sobota
Franc Pristovnik, dr. med., Splošna bolnišnica Slovenj Gradec
Saša Rakić, dr. med., UKC Maribor
doc. dr. Milan Reljič, dr. med., UKC Maribor
Tihomir Rizner, dr. med., Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj
Dušan Rosič, dr. med., Zasebna ginekološka ambulanta Ptuj
Matija Urh, dr. med., Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

(najboljši rezultati na dveh kazalnikih v ginekologiji in najboljši rezultati v dveh strokah: ginekologiji in perinatologiji)

izr. prof. dr. Iztok Takač, dr. med., svetnik, UKC Maribor



Perinatologija

Alenka Bindas, dr. med., Splošna bolnišnica Celje

Nataša Brus, dr. med., Splošna bolnišnica Celje

Saša Djukanović, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj (najboljši rezultati na dveh kazalnikih v perinatologiji in najboljši rezultati v dveh strokah: ginekologiji in perinatologiji)

prim. asist. mag. Vladimir Jolič, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

Barbara Kerkoč Rudolf, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica (najboljši rezultati na dveh kazalnikih v perinatologiji in najboljši rezultati v dveh strokah: ginekologiji in perinatologiji)

Franc Kristan, dr. med., Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

Robert Likar, dr. med., Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna

Aleksander Merlo, dr. med., Ginekološka ambulanta Postojna

Stanislav Mijajlovič, dr. med., Splošna bolnišnica Novo mesto

Zoltan Stjepan Mileta, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj (najboljši rezultati na dveh kazalnikih v perinatologiji in najboljši rezultati v dveh strokah: ginekologiji in perinatologiji)

asist. Dejan Ognjenovik, dr. med., UKC Maribor

Ljiljana Pavičević, dr. med., Splošna bolnišnica Celje

Breda Poljanec, dr. med., Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj – od 1. 9. 07 upokojena

prim. mag. Zvonko Šoštarich, dr. med., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica

Janja Zver Skomina, dr. med., Splošna bolnišnica Izola

Matija Urh, dr. med., Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

Ilija Tašev, dr. med., Bolnišnica za ženske bolezni in porodništvo Postojna



Povzela: *Elizabeta Bobnar Najžer*

Specializacije

V skladu z določili Zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 15/08 – ZPacP in 58/08) in novega Pravilnika o vrstah, vsebini in poteku specializacij zdravnikov (Uradni list RS, št. 09) Zdravniška zbornica Slovenije objavlja

najavo o objavi

javnega razpisa specializacij

V mesecu marcu bosta na spletnih straneh zbornice objavljena javna razpisa specializacij, in sicer:

JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV za posamezna specialistična področja za potrebe javne zdravstvene mreže

JAVNI RAZPIS SPECIALIZACIJ ZDRAVNIKOV za posamezna specialistična področja z znanim plačnikom

Javna razpisa se razlikujeta od prejšnjih razpisov, zato vam priporočamo, da ju natančno in temeljito preberete!

Nedopustno novinarsko ravnanje TV-ekipe Kanala A

»Sprašujemo se, čemu so bile namenjene neresnične navedbe in osebne diskreditacije, ki so nam jih namenili soustvarjalci oddaje Svet na Kanalu A. Od odgovornih terjamo pojasnilo in opravičilo.«

Zdravniška zbornica Slovenije opozarja na nedopustno novinarsko ravnanje TV-ekipe Kanala A, ki smo mu bili priča 11. februarja letos. Novinarka Kanala A je skupaj s snemalcem in domnevnim pritožnikom okrog poldneva nenajavljeno obiskala prostore zbornice in nepovabljen prisostvovala domnevni oddaji pritožbe pritožnika zoper zobozdravnico. Pritožnik, ki ga je nemudoma sprejela vodja pravne službe Zdravniške zbornice Slovenije, srečanju pa sta prisostvovala tudi novinarka in snemalec, je razložil, da želi podati pritožbo zoper zobozdravnico. Pravnica mu je prisluhnila ter mu nato natančno opisala in razložila celotni pritožbeni postopek pri Zdravniški zbornici Slovenije. Odgovorila je tudi na vsa zastavljena vprašanja novinarka in pritožnika. Glede na to, da pisne prijave ni imel, mu je ponudila prostor, kjer bi jo lahko zapisal, oz. mu razložila, da jo lahko pošlje tudi po pošti. Ker se je odločil, da bo prijavo v miru zapisal doma, mu je narekovala točen naslov, na katerega naj jo odpošlje.

Nekaj ur kasneje smo v Svetu na Kanalu A presenečeni spremljali povsem drugačno, izmišljeno zgodbo. Kljub temu, da smo nemudoma sprejeli pritožnika in skupaj z njim tudi TV-ekipo Kanala A, ki je dialog med pritožnikom

in pravnico tudi snemala, je novinarka v prispevku povedala, da je bila »Zbornica, kjer želi Gombač pustiti pritožbo zaradi malomarnosti in ignorance, prazna«. Kamera ob tem pokaže pritožnika, ki se sprehaja po v tistem trenutku praznem hodniku zbornice, pokažejo pa ga še pred zaprtimi vhodnimi vrati, kjer pritožnik izjavi: »Da je to vzrok mogoče, da to vse skupaj tako slabo gre, ker še najbolj odgovornih oseb ni, kaj šele ostali.« To izjavi potem, ko ga je sprejela prva med odgovornimi osebami - vodja pravne službe, ki skupaj s svojimi sodelavci sprejema morebitne pritožbe pacientov. Pritožbe pacientov namreč sprejemajo strokovne službe, obravnavajo pa jih odbori v okviru zbornice. Vodstvo Zdravniške zbornice Slovenije tako ne sprejema ali obravnava pritožbo.

Novinarka dodaja še nekaj žaljivih navedb o predsednici in podpredsednici zbornice, ki ju je iz nam neznanih razlogov opredelila kot »najglasnejši zagovornici diskriminacije in elitizma med slovenskimi zobozdravniki« ter s tem diskreditirala tako zdravniško zbornico kot predsednico in podpredsednico osebno. Da bi bila mera polna, je novinarka prosila (in tudi dobila) še za termin pri podpredsednici zbornice, ki je tisti dan opravljala ordinacijo v Lenartu, da bi se z njo pogovarjala o glavarinskem sistemu in protestu zobozdravnikov zoper slabšanje zobozdravstvenega varstva pacientov, nato pa je v njeno ambulanto prišel samo snemalec z listkom vprašanj. Potem ko si je podpredsednica vzela čas in v svojem prostem času pozorno od-

govarjala na vprašanja s snemalčevega listka, po objavi nekajsekundne izjave Markolijeve ugotavljamo, da Kanala A v osnovi niso zanimala stališča zbornice do slabitve zobozdravstvenega varstva oz. do glavarinskega sistema, uporabili pa so posnetek podpredsednice v ordinaciji, da bi lahko povedali: »In medtem ko je sama (Sabina Markoli, op.) v svoji ordinaciji, je zbornica, kjer želi Gombač pustiti svojo pritožbo zaradi malomarnosti in ignorance, prazna.« Ponovno poudarjamo, da je Zdravniška zbornica Slovenije nemudoma sprejela pritožnika, kot sprejmemo tudi vse ostale, ki na zbornico navadno ne prihajajo v spremstvu TV-ekip, saj je postopek oddaje morebitne pritožbe znotraj delovnega časa zbornice povsem preprost. Toda dejstvo je, da pritožnik s seboj ni imel »pritožbe, ki jo je želel pustiti«, kot to navaja novinarka. Dejstvo je tudi, da smo pritožnika sprejeli skupaj s TV-ekipo, novinarka pa je nato poročala, da so naleteli na »prazno zbornico«. Sprašujemo se torej, čemu so bile namenjene neresnične navedbe in osebne diskreditacije, ki so nam jih namenili soustvarjalci oddaje Svet na Kanalu A. Od odgovornih zato terjamo pojasnilo in opravičilo, sprožili pa bomo tudi ostale postopke, ki so v demokratični družbi na voljo v primerih neresničnih in žaljivih navedb, ki smo jim bili izpostavljeni tokrat. ■

*Prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med.
predsednica Zdravniške zbornice Slovenije*

STAN

Errata Corrige

V februarški številki 2009 na strani 20 v prispevku z naslovom: Omogočiti upokoženemu zdravniku primerni sprejem v dom za ostarele, če ga potrebuje, je napačno tiskano, da je bil dr. Andrija Štampar prvi predsednik Svetovne zdravniške organizacije; pravilno: Svetovne **zdravstvene** organizacije (SZO).



Opravljeni specialistični izpiti

Alenka Božič Žibert, dr. med.,
specialistka interne medicine,
izpit opravila 10. 12. 2008

Veronika Bratina Drnovšek, dr. med.,
specialistka radiologije,
izpit opravila 17. 12. 2008

Gordana Čizmek, dr. dent. med.,
specialistka otroškega in preventivnega
zobozdravstva,
izpit opravila s pohvalo 10. 12. 2008

Petja Fister, dr. med.,
specialistka pediatrije,
izpit opravila 17. 12. 2008

Suzana Glavan, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila 16. 12. 2008

Borut Gubina, dr. med.,
specialist urologije, izpit opravil 1. 12. 2008

Lilijana Horvat Jezeršek, dr. med.,
specialistka psihiatrije,
izpit opravila s pohvalo 9. 12. 2008

Jasna Humar, dr. med.,
specialistka splošne kirurgije,
izpit opravila s pohvalo 16. 12. 2008

Monika Jevšenak Peršolja, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Asist. **Marko Jug**, dr. med.,
specialist travmatologije,
izpit opravil s pohvalo 16. 12. 2008

Marko Kmet, dr. med.,
specialist interne medicine,
izpit opravil 16. 12. 2008

Petra Kokoravec, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila s pohvalo 9. 12. 2008

Damjana Koželj, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila s pohvalo 15. 12. 2008

Franko Krbavčič, dr. med.,
specialist anesteziologije, reanimatologije in
perioperativne intenzivne medicine,
izpit opravil 18. 12. 2008

Asist. **Amadej Lah**, dr. med.,
specialist travmatologije,
izpit opravil 18. 12. 2008

Mag. **Andra Leskovec**, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Lidija Letonja Jaušovec, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Polona Lobnik Rojko, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Gregor Makovec, dr. med.,
specialist travmatologije,
izpit opravil 17. 12. 2008

Aleš Matos, dr. med.,
specialist otorinolaringologije,
izpit opravil 16. 12. 2008

Eva Medvešek, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Darinka Novak Glavač, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila s pohvalo 9. 12. 2008

Martina Omar, dr. med.,
specialistka anesteziologije, reanimatologije in
perioperativne intenzivne medicine,
izpit opravila 19. 12. 2008

Katarina Planinec, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Polona Podnar, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila 15. 12. 2008

Petra Polajner, dr. med.,
specialistka radiologije,
izpit opravila s pohvalo 5. 12. 2008

Ticijana Prijon, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Tadeja Purkeljc, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Asist. **Nataša Puzi**, dr. med.,
specialistka fizikalne in
rehabilitacijske medicine,
izpit opravila s pohvalo 19. 12. 2008

Tinkara Ravnikar, dr. med.,
specialistka interne medicine,
izpit opravila s pohvalo 19. 12. 2008

Lučka Rupert Sajinčič, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Milenska Starc Vidrih, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Vesna Šalamun, dr. med.,
specialistka ginekologije in porodništva,
izpit opravila s pohvalo 18. 12. 2008

Marija Mateja Škufca, dr. med.,
specialistka družinske medicine,
izpit opravila 9. 12. 2008

Luka Turk, dr. med.,
specialist radiologije,
izpit opravil s pohvalo 12. 12. 2008

Andrej Vogrin, dr. med.,
specialist radiologije,
izpit opravil 3. 12. 2008

Mag. **Nina Gorišek Miksič**, dr. med.,
specialistka infektologije,
izpit opravila s pohvalo 9. 1. 2009

Iztok Gril, dr. med.,
specialist travmatologije,
izpit opravil s pohvalo 21. 1. 2009

Nike Novak Vaca, dr. med.,
specialistka psihiatrije,
izpit opravila s pohvalo 21. 1. 2009

Asist. **Mateja Pirš**, dr. med.,
specialistka klinične mikrobiologije,
izpit opravila 23. 1. 2009

Jana Francka Rejc, dr. med.,
specialistka radiologije,
izpit opravila s pohvalo 23. 1. 2009

Matjaž Špan, dr. med.,
specialist kardiovaskularne kirurgije,
izpit opravil 20. 1. 2009

Michael Jožef Gradišek, dr. med.,
specialist anesteziologije, reanimatologije in
perioperativne intenzivne medicine,
izpit opravil s pohvalo 26. 1. 2009

Novi doktorji in magistri znanosti s področja medicine

Doktorski naziv so dosegli:

dr. **Marko Novinec**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Evolucija in biokemijske lastnosti tiroglobulinskih domen tipa 1: moduli kot nosilci funkcijske raznolikosti večdomenskih proteinov«

Mentor: prof. dr. Brigita Lenarčič

Področje: biokemija in molekularna biologija

Zagovor: 8. 12. 2008

asist. dr. **Peter Jevnikar**, dr. dent. med.

Naslov: »Difuzijske lastnosti steklasto ionomernih cementov in vpliv površinskega nanosa Al_2O_3 na oprijem s cirkonijevo keramiko«

Mentor: prof. dr. Nenad Funduk

Somentor: prof. dr. Tomaž Kosmač

Področje: stomatološke vede

Zagovor: 10. 12. 2008

dr. **Romana Dmitrović**, dr. med.

Naslov: »Debelina endometrija po implantaciji zarodka«

Mentor: Veljko Vlasisavljević

Področje: medicinske vede

Zagovor: 16. 12. 2008

dr. **Helena Ban Frangež**, dr. med.

Naslov: »Pomen majhne pregrade v maternici (AFS VI) v reprodukciji človeka«

Mentor: prof. dr. Tomaž Tomaževič

Področje: medicinske vede

Zagovor: 22. 12. 2008

dr. **Viktorija Tomič**, dr. med.

Naslov: »Izvedljivost in dolgotrajna uspešnost programa za nadzor širjenja proti meticilinu odporne bakterije *Staphylococcus aureus* (MRSA) v visokoendemske okolju«

Mentor: prof. dr. Katja Seme

Področje: mikrobiologija

Zagovor: 24. 12. 2008

dr. **Mojca Jensterle**, dr. med.

Naslov: »Primerjava klinične učinkovitosti metformina in rosiglitazona v zdravljenju sindroma policističnih ovarijev«

Mentor: doc. dr. Andrej Janež

Somentor: doc. dr. Marija Pfeifer

Področje: medicinske vede

Zagovor: 6. 1. 2009

dr. **Nebojša Glumac**, dr. med.

Naslov: »Prognostična vrednost tirozinazne mRNA v krvi in mikrozasvokov v varovalni bezgavki pri bolnikih s kožnim melanomom«

Mentor: prof. dr. Marko Snoj

Področje: medicinske vede

Zagovor: 15. 1. 2009

Magistrski naziv so dosegli:

mag. **Anica Prosnik**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Depresivnost in anksioznost pri osebah z erektilno disfunkcijo«

Smer: biomedicina – medicina

Mentor: prof. dr. Bojan Zalar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 11. 12. 2008

asist. mag. **Maja Grošelj**, dr. dent. med.

Naslov: »Pogostnost razvojnih okvar sklenine prvih stalnih kočnikov in stalnih sekalcev pri otrocih v Sloveniji ter dejavniki tveganja za njihov nastanek«

Smer: biomedicina – stomatologija

Mentor: doc. dr. Janja Jan

Področje: stomatološke vede

Zagovor: 16. 12. 2008

mag. **Pij B. Marko**, dr. med.

Naslov: »Bolniki z eritropoetično protoporfirijo v Sloveniji«

Smer: biomedicina – medicina

Mentor: prof. dr. Aleksej Kanskiy

Področje: medicinske vede

Zagovor: 10. 11. 2008

mag. **Rade Stanić**, dr. med.

Naslov: »Zunajzilna voda v pljučih – pokazatelj okvare pljuč pri bolnikih s topo poškodbo prsnega koša«

Smer: biomedicina – medicina – vpis 1999/2000

Mentor: prof. dr. Boriana Kremžar

Področje: medicinske vede

Zagovor: 24. 12. 2008



Izvolitve v učiteljske nazive na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Na seji senata Medicinske fakultete 15. decembra 2008 so bili izvoljeni v naziv:

doc. dr. **Metoda Lipnik Štangelj**, dr. med. in mag. farm. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje farmakologija in eksperimentalna toksikologija

doc. dr. **Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje zgodovina medicine in zgodovina dentalne medicine

doc. dr. **Maja Arnež**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje infektivne bolezni in epidemiologija

asist. dr. **Uroš Kovačič**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje patološka fiziologija

dr. **Miran Šebeštjen**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina

asist. dr. **Andreja Marn Pernat**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje interna medicina

asist. dr. **Janez Breclj**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje ortopedija

asist. dr. **Magdalena Avbelj**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija

asist. mag. **Saba Battelino**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje otorinolaringologija

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

asist. **Tomi Samec**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje zobne bolezni in normalna morfolologija zobnega organa

Mojca Brunskole, mag. farm. – izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija

Vesna Cvitković Špič, univ. dipl. mikrobiol. – izvolitev v naziv asistentke za področje mikrobiologija in imunologija

Petja Fister, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija

ZDRAVSTVO

Sistem

Bismarckov model

V Evropi je še vedno v veljavi Bismarckov model zdravstvenega varstva, ki bo letos praznoval 120. obletnico.

Značilno za Bismarckov model zdravstvenega varstva, znan tudi kot Evropski socialni model, je, da temelji na načelih obveznega, z zakonom predpisanega javnega zavarovanja, področja zavarovanja pa nato avtonomno upravljajo predstavniki delodajalcev in zavarovanih oseb. Leta 1889 ga je ustanovil nemški kancler Otto von Bismarck. Po tem sistemu je še vedno urejeno tudi zdravstveno varstvo v Sloveniji, Belgiji, Franciji in Nemčiji.

Financiranje pričujočega modela je dokaj

zgodno in sistematično urejeno – strokovnjaki so prepričani, da se je model prav zato ohranil tako dolgo in uspešno kljuboval številnim reformam in preobratom. Za uresničevanje zavarovanja morajo vsi državljani, ki prejemajo lasten dohodek, plačevati prispevke v ustreznem deležu tega dohodka ustanovi, ki je nosilka zdravstvenega zavarovanja in ki ni profitna. Osebe, ki nimajo dohodkov (v Sloveniji so to otroci, študenti in nezaposleni), so po načelu solidarnosti prav tako upravičene do osnovnega zdravstvenega zavarovanja.

Vloga države v Bismarckovem modelu je omejena.

Država ima v opisanem modelu zgolj nalogo sprejemati zakone in predpise, ki se jih morajo

držati nosilci zavarovanj, pristojna pa je tudi za nadzor nad spoštovanjem le-teh. Hkrati pa ima tudi funkcijo arbitra in je dolžna posredovati, kadar pride do motenj v sistemu. Na oblikovanje cen premij za zdravstveno zavarovanje država vpliva le posredno (s sprejemanjem zakonov in skrbjo za njihovo spoštovanje), sicer pa oblikovanje poteka po pogajalskem načelu med predstavniki izvajalcev in plačnikov storitev. Čeprav je model železnega pruskega kanclerja preverjen in preizkušen, so številni strokovnjaki prepričani, da bi celo njegov avtor soglašal z modernizacijo svojega koncepta zdravstvenega zavarovanja.

Viri: PBS, CNAMTS, EC

Nina Mazi

Slovensko zdravstvo med današnjo politiko in družbo

Prispevek na srečanju Preventivne sekcije Slovenskega zdravniškega društva, Portorož 2008

Božidar Voljč

Kot vsi drugi družbeni sistemi, je tudi zdravstvo del družbe. Družbe imajo svojo dinamiko, z njo se spreminjajo njihove potrebe, tudi zdravstvene. Kakšne so in s kakšno politiko so povezane zdravstvene potrebe slovenske družbe danes? Predvsem so drugačne kot nekoč, saj ima vsak čas svoja vprašanja, svoje probleme in z njim povezane zahteve. Slovenija je danes v vse smeri odprta država, z vsem, kar delamo, smo povezani s svetom. Globalni problemi, ki so se zaostriili v prvih letih novega tisočletja, so tudi naši problemi. Med temi naj omenim naraščanje razlik med bogatim in revnim delom sveta. Razlike pa se večajo tudi v razvitih državah. Slovenija pri tem ni izvzeta. Socialne razlike pa so povezane z nepravilnimi zdravstvenimi razlikami. Drug globalni problem je naraščajoča dolgoživost, ki povsod spreminja klasična medgeneracijska razmerja, z njimi pa tudi strukturo socialno-zdravstvenih potreb vsake družbe. Slovenija že danes sodi med izrazito stare družbe. Trenutno najbolj aktualen problem je finančna kriza, ki zaostrije vprašanja socialne in zdravstvene varnosti. Ne moremo pričakovati, da se bo s svetom povezana slovenska družba lahko izognila finančni krizi.

Omenjeni problemi niso kratkoročni in vsaka država se bo na svoj način soočala z njimi. Slovenci smo izobražena in razvita družba, z dolgo socialno tradicijo in z njo povezano visoko socialno občutljivostjo, vajeni zdravstvene in socialne varnosti. Vsako morebitno zmanjšanje zdravstvenih in socialnih pravic bo doživelo poudarjeno negativne odzive civilne družbe. Odkar smo samostojna država, civilna družba krepí svojo vlogo in ima oblikovane vrednote, med katerimi je vrednota zdravja dokazano na prvem mestu. Današnja slovenska družba ni le bolj dolgoživa, v povprečju naraščata tudi njen standard in kakovost življenja. O zdravju ljudje

še nikoli niso vedeli toliko, kot vedo danes, in tudi mediji jih o tem še nikoli niso toliko in tako obveščali. Vse te okoliščine bodo vplivale na vrsto in načine odzivov na globalne probleme v naših okoljih.

Socialne razlike - Če torej s slovenske perspektive ocenimo, kako se danes pri nas kažejo prej omenjeni globalni problemi, se najprej ustavimo pri socialnih razlikah. Te so vedno bile. Vedno in povsod so bili bogati in revni, zdravstveni kazalniki pa so v socialno ogroženih okoljih vselej slabši. Dovolj je, da pogledamo razlike v BDP posameznih slovenskih regij in na njihove zdravstvene kazalnike. V čem je zato naraščanje socialnih razlik danes drugačno? Ob pridobitvi državnosti se je Slovenija opredelila za demokratično in pravično državo, v kateri vsi državljani uživajo osebno svobodo, so enakopravni in jim je v okviru ustavnih in zakonskih določil zagotovljena socialna in zdravstvena varnost. Stopnja te varnosti naj bi bila v enaki meri zagotovljena vsem in ne bi smela biti povezana s položajem ter dohodki posameznika, pa tudi ne s tem, na katerem koncu Slovenije živi. Zato v javnem zdravstvu poudarjamo vrednosti solidarnosti in enakopravnosti dostopnosti, kar pomeni, da v primeru potrebe vsak državljan pod enakimi pogoji lahko uresniči svoje pravice do zdravstvenega varstva. Če izkazujemo v nekem predelu Slovenije ali v katerikoli socialni skupini naših državljanov ob rojstvu nižjo pričakovano trajanje življenja, višjo zbolewnost in umrljivost kot drugje, pomeni, da sicer poznamo in imamo v rokah vzvode in ukrepe, s katerimi bi te razlike lahko odpravili, pa tega ne storimo.

Krivična neenakost je danes bolj kot kdajkoli prej povezana z odpravljenimi zdravstvenimi razlikami. Če v Sloveniji ves čas poudarjamo, da smo demokratična in pravična družba, so odpravljive razlike še bolj na očeh in bolj vznemirjajo socialno občutljivost državljanov, družbeno in politično pa so najbolj občutljive, če so povezane z zdravstveno in socialno varnostjo. Seveda nobenih razlik ni mogoče

odpraviti čez noč, pomembno pa je vedeti in videti, da se vlada trudi, da bi se odpravile ali vsaj ne več naraščale.

Ob tem velja spomniti, da Svetovna zdravstvena organizacija že od Alma Ate dalje poudarja, da je v središče zdravstvene in socialne politike treba postaviti ljudi in njihove potrebe. O teh potrebah ne more od zgoraj navzdol odločati vlada ali skupina politično izbranih strokovnjakov, prepričanih, da so poklicani odločati o tem, kaj ljudje potrebujejo. Ključna sta glas in izbira državljanov, ki morajo imeti možnost, da še pred uvajanjem sprememb neposredno povedo, kakšno zdravstvo želijo imeti. Veliko zdravstvenih reform po svetu je že obtičalo sredi poti, ker je politika zanemarila to priporočilo. Naj s tem v zvezi citiram generalno direktorico Svetovne zdravstvene organizacije dr. Margaret Chan: »Prizadevanja za večjo učinkovitost zdravstvenih sistemov imajo dolgo zgodovino in skromen uspeh. To so desetletja eksperimentov, spreminjanja zdravstvenih politik, velikih in dragih stranpoti ter skoraj nerazumljive odsotnosti učenja na uspehih in napakah.« Koliko zdravstvenih reform smo v Sloveniji doslej imeli in kako so se pripravljale? Bil sem minister in samokritično moram priznati, da smo sicer preverjali javno mnenje o zdravstvu, da pa smo ga v zdravstveni politiki premalo upoštevali. Načela in vrednote, ki naj bi bile vtakane v vsako zdravstveno reformo, je leta 1996 z Ljubljansko listino opredelila Svetovna zdravstvena organizacija. Zaželim si, da jih bo upoštevala reforma, o kateri spet govori pravkar napisana koalicijska pogodba.

Dolgoživost in posledično staranje prebivalstva - Slovenska politika bo v prihodnje zagotovo primorana namenjati več pozornosti družbenim posledicam velikega globalnega problema današnjega časa, to je naraščanju dolgoživosti in posledičnega staranja prebivalstva. Spremenjena starostna struktura družbe spreminja tudi strukturo njenih potreb, tako socialnih kot zdravstvenih. Z naraščajočim

številom starih epidemično narašča razširjenost kroničnih nenalezljivih bolezni (KNNB), s katerimi je že danes povezanih 80 odstotkov vse zbolewnosti in več kot 60 odstotkov vseh smrti po svetu.

Nalezljive bolezni in cepljenje - Kljub temu jih zdravstvena politika po svetu in tudi pri nas sprejema razmeroma mirno. Zato je treba poudariti nekaj ključnih razlik med nalezljivimi in KNNB. Ker je nalezljive bolezni možno preprečiti, je preventivno cepljenje in tudi zdravljenje vsem bolj dostopno in enakopravno kot preprečevanje in zdravljenje KNNB. To se vedno znova pokaže ob različnih epidemijah in tudi v nedavno sprejetem globalnem dogovoru o mednarodnih zdravstvenih ukrepih (International Health Regulations) za zajezitev širjenja nalezljivih bolezni oziroma nadziranje epidemij. Za vsako nalezljivo bolezen se išče cepivo in zdravilo, zaščite in zdravljenja pa so v enaki meri več ali manj deležni vsi državljani. Tudi to je eden od razlogov, da se na globalnem področju zdravstva lahko pohvalimo z uspehi. Precepljenost otrok po svetu še nikoli ni bila tako visoka, iztrebili smo črne kože, smo tik pred tem, da z obličja sveta izgine še poliomielitis, obstajajo ambiciozni načrti za izkoreninjenje še drugih nalezljivih bolezni. Zaradi uspešnega nadzora se v razvitih družbah že izgublja strah pred tistimi nalezljivimi boleznimi, ki jih preprečujemo s cepljenjem, zato smo priče neodgovornim pobudam o nepotrebnosti oziroma škodljivosti cepljenj.

KNNB - Tudi nastop in razvoj KNNB znamo danes odložiti in upočasniti, z njimi je možno dolgo in aktivno živeti, ni pa jih mogoče preprečiti, so neozdravljive in kdor jih ima, bo z njimi živel do smrti. Med socialno ogroženimi posamezniki se KNNB pojavljajo v večjem številu in prej, so bolj izražene in bolj skrajšujejo življenja bolnikov kot med dobro situiranimi in bolj izobraženimi sloji. Kakovost življenja revnih bolnikov s KNNB je nižja, njihovo zdravstveno stanje je slabše, njihova življenja so krajša. Socialna teža KNNB je zato veliko večja od socialne teže večine nalezljivih bolezni. Zaradi take neenakosti so KNNB pri današnjem pojmovanju socialne in zdravstvene pravičnosti, enakopravnosti, solidarnosti in demokracije zelo pripravne za politizacijo, ki pa zdravstva ne more prizadeti. Vsem družbam in vladam je treba posebej povedati, da zdravstvo pri preprečevanju KNNB nima odločilnega vpliva. Uspešen nadzor in preventiva dejavnikov tveganja, ki pospešujejo nastop in razvoj KNNB, sta na ravni družbe povezana z aktivnostmi drugih vladnih resorjev in sta zato predvsem naloga vladne politike. To pa naj ves

čas nadzoruje in kritično spremlja civilna družba. Dolgoživost bo skupaj s KNNB v prihodnje še bolj oblikovala zdravstveno, socialno in še kakšno drugo politiko.

Vse večji pomen KNNB bo pozornost zdravstvene politike moral od bolnišnic bolj usmeriti k primarnemu zdravstvu. Svetovna zdravstvena organizacija v letošnjem poročilu o zdravju sveta poudarja njegov pomen, ki da je večji kot kdajkoli. Pri nas smo navajeni – in tako so nas tudi vzgajali – da pojme primarnega, sekundarnega in terciarnega zdravstva sprejemamo tudi kot stopnje v kakovosti zdravstvene oskrbe. V resnici pa primarno zdravstvo ni zdravstvena oskrba na nižji kakovostni stopnji, ampak na stopnji, ki je potrebna za dokončno zdravstveno oskrbo več kot 80 odstotkov vseh zdravstvenih problemov in potreb. Na tej stopnji drugačne storitve niso potrebne, s strokovnega in ekonomskega vidika so celo škodljive. Pri izraženih KNNB ni diagnostičnih zadreg, potrebno zdravljenje in način življenja sta jasna. Kar bolnik potrebuje, da bo čim dlje in s čim manj težav shajal z boleznijo ali boleznimi, je dobro strokovno vodenje in svetovanje v okolju, kjer živi. Bolnišnice bodo tudi v bodoče sprejele toliko bolnikov s KNNB in zaradi istih vzrokov, kot jih že sprejemajo. Vse druge naloge, ki so povezane s KNNB, od preventive, zdravljenja, nege in oskrbe, pa preostanejo le primarnemu zdravstvu. Da bi ga za to vlogo zadostno okrepili, potrebujemo temeljite premike v miselnosti politikov, predvsem pa nas samih, zdravstvenikov. Brez politične, strokovne in organizacijske podpore se primarno zdravstvo ne bo moglo okrepiti. Samo dobro organizirano in strokovno močno primarno zdravstvo pa bo v tesnem sodelovanju z lokalnim okoljem sposobno izpolnjevati povečane zdravstvene potrebe, ki so povezane z epidemijo KNNB. Zdravstvena in socialna varnost se navsezadnje začenjata na lokalnem in v bivalnem okolju.

Slovensko zdravstvo

Kaj v luči vsega povedanega danes politika in družba pričakujeta od slovenskega zdravstva? Slovensko zdravstvo naj bi v obstoječih političnih, demografskih, finančnih in socialnih okoliščinah uresničevalo vse z njim povezane družbene in politične usmeritve, uvajalo vse strokovne novosti, z dobro organizacijo omogočalo pravično izvajanje storitev, izkazovalo preverljivo kakovost storitev in krepilo zdravje posameznikov ter družbe. V razvitih državah je to naloga vseh zdravstvenih sistemov in po tej plati se našemu zdravstvu zaradi takih pričakovanj zagotovo ne dela nobena krivica. Nevarno pa je, če se v želji po odpravljanju sistemskih pomankljivosti, ki jih poznajo tudi

najboljša zdravstva, zdravstvena politika posluhuje hitrih, javnosti všečnih in v lastnem krogu načrtovanih rešitev.

Vsi zdravstveni sistemi so po naravi konzervativni, noben se ni zmožen uspešno odzvati na hitre spremembe, namen vseh »ad hoc in od zgoraj ukrepov« se sprevrže v svoje nasprotje. V zdravstvu vse sistemske spremembe, še posebej pa reforme, rabijo priprave, dogovora in čas. Predvsem pa je reforme zdravstva mogoče izvajati le s sočasnimi reformami zdravstvene politike. Med drugim to pomeni tudi, da pri snovanju sprememb in reform zdravstvo ne sme biti zanemarjan partner. Kdaj smo v Sloveniji zadnjič (?) opravili raziskavo o stališčih in potrebah samih izvajalcev zdravstvenega varstva, o njihovih težavah in frustracijah? Taka raziskava bi vzroke za pomanjkljivosti v sistemu in možnosti za njihovo odpravo pokazala v drugačni, a relevantni luči.

Običajno ima zdravstvo največjo politično težo v času predvolilnih natezanj, po volitvah postane ob drugih resorjih manj pomembno, z njim povezana vprašanja in zahtege pa opozicija kot politični smodnik prižiga pred naslednjimi volitvami. Vsaka politika ima tako zdravstvo, kakršna je sama, saj ona določa finančne, kadrovske in organizacijske pogoje dela. Še nikoli pa nobena politika ni krivde za težave v zdravstvu prevzela nase.

Kritika se vedno usmerja na sistem in na izvajalce, nikoli na politiko. V tem sodelujejo tudi sami zdravstveniki, ki v dnevnem časopisju občasno analizirajo težave v sistemu. Navajajo in hvalijo tuje rešitve in jih posredno postavljajo za vzor našemu zdravstvu. Vse, kar pišejo, je sicer res, tudi jim ni mogoče očitati pomanjkanja dobrega namena, ne vprašajo pa se, zakaj je tam tako in pri nas drugače.

Kakovosti ni mogoče zahtevati, če niso znani vzroki za pomanjkljivosti in ukrepi za njihovo odpravo, še posebej, če so pomanjkljivosti sistemske. Vsaka družba pozna svoje socio-kulturno okolje, navsezadnje ima tudi vsaka bolnišnica svojo socio-strokovno klimo, na katero vpliva tudi odnos politike in družbe. Če o sistemu pišemo in govorimo povečini negativno, ustvarjamo razpoke med sistemom in družbo ter povečujemo vlogo politike, ki naj od zgoraj navzdol z javnosti všečnimi ukrepi naredi red. Za nobeno politiko pa ni dobro, če je v odnosu z zdravstvom na drugem bregu, na dolgi rok se to ne obnese. V takem razmerju ni zmagovalcev, so samo poraženci.

Veljavni sistem zdravstva ima 16 let - Od

sprejema dveh bistvenih zdravstvenih zakonov v letu 1992, zakona o zdravstveni dejavnosti in zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, je preteklo že več kot 16 let. Res je čas, da se pregleda, kaj smo medtem pridobili, kaj izgubili, in da se oba zakona prilagodita današnjemu času. Predvsem je treba v sodelovanju s sistemom in dogovorno z njim opredeliti, kaj je javno in kaj je zasebno. Le tako lahko ustavimo nenadzorovano komercializacijo, ki

nevarno načenja klasične vrednote pravičnosti, enakosti, solidarnosti in dostopnosti, vzbuja nezadovoljstvo civilne družbe, pa tudi poučujoče komentarje drugih področij, kar daje vtis, da o zdravstvu že vsak ve več od samega zdravstva.

Čas je tudi, da sistem ponudi vladi partnersko sodelovanje z upanjem, da bo v mandatu, ki ga je pravkar začela, uspela zdravstvo povezati tako, da bo vse svoje naloge izvajalo v medse-

bojni povezanosti, kot enovit sistem, in da se podsistemi ne bodo več obnašali kot sistemi.

Predvsem pa ne pozabimo, da naj bo v Sloveniji zdravstvena varnost rezultat demokracije, ki se izvaja od spodaj navzgor. Demokratično izražene potrebe in pričakovanja državljanov na eni ter zdravstvenikov na drugi strani naj bodo izhodišče naše organiziranosti. To bi bila tudi najboljša politična primarna preventiva težav v zdravstvu. ■

Sistem

Kako jutri?

Miran Rems

Errare humanum est, sed in perseverare diabolicum.
Seneca

V knjigi »Crossing the quality chiasm« so predstavljene smernice za sodoben in varen zdravstveni sistem. Varnost je razumljena kot lastnost sistema. Do danes je veljala trditev, da previdni in kompetentni strokovnjaki ne delajo ali naj ne bi delali napak. Od danes dalje naj bi veljalo, da so pasti pacientove varnosti končni rezultat kompleksnih vzrokov, od napak v opremi, dizajnu sistema in vpletanja človeških faktorjev, vključujoč utrujenost, omejitve spomina in raztresenost. Varnost se lahko izboljša s proučevanjem vzrokov napak in uporabe znanja o načrtovanju sistemov oskrbe tako, da se napake preprečujejo, ko je možno. O napakah, ki nastanejo, se poroča, preprečijo se ponovitve in se ublaži škoda, če napaka vseeno doseže pacienta.

Zarezna tehnika

Soncem obsijani Vogel, naravni sneg in počasna sedežnica so vzbudili razmišljanje. Mislim, da nas je presenetilo. Počasi so nas tudi po desni strani pričele prehitevati informacije. Nismo bili dovolj pozorni, da se s spreminjanjem hitrosti v vsakdanjem življenju spreminjamo vsi. Ne zgolj mehanizmi in vrste smučarskih poškodb. S svojim starim znanjem smučanja, ko smo elegantno oddrsavali in se prilagajali pogojem na strmini, smo v želji po

drugačnem kupili nove smuči s poudarjenim lokom. Običajno brez vaje ali znanja o zarezni tehniki. Opazovanju in čudenju so sledili prvi poskusi in ob tem smo ugotavljali, da je moč v stegnih za dobro smučanje nuja, da je hitrost večja, da mora biti ostrina robnikov vzdrževana za dosego lepega zavoja, ko nas smuči vodijo same. Čisti užitek. Potrebuješ pa čelado! Sprva ob kavici, kasneje tudi v strokovni literaturi smo ugotavljali, da se poškodbe pri smučanju spreminjajo. Vedno več je trkov, ki povzročajo poškodbe, ki smo jih do takrat srečevali bolj v prometu. Počene vranice, ledvice, pretrese možganov in podobne poškodbe smo že prej občasno videli, sedaj so te poškodbe vsakdanje. Padec pogostosti »tipičnih smučarskih« zlomov goleni in povečanje impresijskih zlomov golenice kažeta, da je fizika neomajna v svojem delovanju in da hitrost ni vedno smučarska vrlina. Počasi smo zdrknili v čas drugačnih poškodb, z drugačnimi mehanizmi poškodb, običajno težjih.

Mogoče primerjava ni najbolj posrečena, je pa podobno s kakovostjo v zdravstvu. Prihaja vabljivo z rezultati, o katerih beremo v tujih revijah, poslušamo na srečanjih. Sedaj, še vedno bolj ob kavici, ugotavljamo, da so potrebne spremembe. Kot pri zarezni tehniki. Robniki morajo biti redno vzdrževani in nabrušeni, drugače se ne da zarezati zavoja. Lahko le oddrsavaš.

Spremembe

Spreminjanje je naša stalnica. Brez spremembe smeri, brez spremembe razmerja višine in

dolžine se ne da smučati. Danes je spreminjanje hitrejše. Ljudje smo v zadnjem stoletju iznašli več tehnoloških inovacij kot pred tem v vsej človeški dobi. Danes se več ljudi ukvarja z znanostjo, kot se je kdaj koli prej. Prve randomizirane študije so bile izvedene pred 50 leti, danes jih štejemo v deset tisočih na leto. Povečuje se nam obseg dela, pacienti so vse starejši in bolj bolni. Intervencije in tehnologija so vedno bolj kompleksne. Imamo stalen pritisk zmanjševanja stroškov in povečevanja učinkovitosti. Ob tem imajo pacienti zvišana pričakovanja. In kot je opozarjal prof. Adizes, so naši dedi morali sprejeti strateško odločitev verjetno enkrat ali le nekajkrat v življenju. Naša generacija mora sprejemati takšne odločitve približno na deset let. In prihajajoča generacija jih bo morala še pogosteje. Kritične odločitve, ki bodo odločilno vplivale na naše življenje, bo treba sprejemati vsakih nekaj let. Tako se strateška odločitev, ki še ni bila dokončno implementirana, že umika novi. Ob tem je sprememba postala zelo sistematična. Praktično je v takšnih pogojih nemogoče najti rešitev samo na enem organizacijskem podsistemu. Zato je učenje, kako učinkovito sprejemati in izvajati spremembe, tako pomembno. Sprejemati prave odločitve in jih učinkovito implementirati.

Informacija, vedenje o bolezni je postala javno dosegljivo dobro. Tudi pacientu. Naši učitelji še niso bili vajeni, da jih bolniki veliko sprašujejo po različnih metodah zdravljenja, rezultatih posameznih metod ali celo metodi, ki pri nas še ni uveljavljena. Danes je to že stalnica. Pacienti se naročijo na pregled preko elektronske pošte in ob tem pogledajo še na razne forume

in strani medmrežja, kjer dobijo veliko informacij. Osebo si zelo želim obveščene in zahtevnega pacienta, saj običajno prevzema za svoje zdravljenje tudi več soodgovornosti ali jo vsaj razume bolj. Iz bolnikov, ki so bili včasih zgolj objekt v procesu zdravljenja (»Doktor, vi že veste. Naredite, kar mislite, da je prav.«), se je pojavil pacient (»Doktor, kakšna je uspešnost te metode. Ni bolj uspešne?«). Poleg semantične razlike bolnik/pacient smo dobili drugačnega bolnika. Potrebujemo drugačnega zdravnika? Potrebujemo sistemske spremembe.

Sistem

Skupina med seboj povezanih organov, ki sestavljajo funkcionalno celoto, je anatomska definicija sistema. Spreminjanje v sistemu ima svoje zakonitosti, ki jih lahko upodobimo s krogom stalnih izboljšav. PDSA-krog (Plan-Do-Study-Act) zagotavlja, da so spremembe načrtovane in njihov učinek preverjen in merljiv. S tem se rezultat vrača v kontinuiran krog nadaljnega spreminjanja. Gre za spreminjanje na podlagi dokazov. Znana zgodba iz medicine, temelječe na dokazih, mar ne? Celo iz vsakdanjega zdravnikovega dela. Z velikim strokovnim zagonom in sodelovanjem pripravljamo in objavljamo smernice o načinih zdravljenja, manj zagnano kasneje smernice udejanjimo v modelu kliničnih poti, sistema izboljševanja kakovosti pa ne prepoznamo zlahka. Pa bi nam bilo lažje, če bi prepoznali zakonitosti delovanja sistema kakovosti oziroma izboljšav. Zdravstvo je kompleksno in aktivnosti so medsebojno močno odvisne. Timsko delo in sodelovanje timov v krogu izboljšav lahko da velike rezultate, tudi v preživetju. V treh državah na vzhodu ZDA so med leti 1987 in 1993 izvedli projekt izobraževanja o kakovosti in tehnikah izboljševanja kakovosti z obiskovanjem kardioloških kirurgov. Spremljali so spremembe rezultatov zdravljenja revaskularizacije miokarda. Ob zaključku projekta se je smrtnost po aortokoronarnem obvodu pomembno zmanjšala za 24 odstotkov (3). Brez sistematičnega izboljševanja, ki je preiščeno načrtovano, spremljano in analizirano, ne bomo postali samozavestnejši, da smo pacientom ponudili vse, kar jim lahko danes nudimo. Žal tega cilja ne bomo dosegli hitro. Še kasneje ga bomo dosegli, če ne bomo že danes začeli s sistematičnim pristopom k izboljšavam. Ozaveščanje nuje po spreminjanju v današnjem času je le boren začetek. Glavnina je še pred nami. Upiranje spremembam in zamujevanje nas bo le še bolj oddaljilo.

Nadomestimo krivdo z odgovornostjo

Običajni človeški odgovor v naši družbi, ko nekaj ne gre, kot mislimo, da bi moralo iti, je vprašanje: »Kdo je kriv?« To lahko vodi k individualnemu ali skupinskemu občutki krivde, ki poslabšuje medsebojne odnose, zapuša brazgotine. Smo že sposobni nadomestiti destruktivnost s konstruktivnostjo? Še vedno mislimo, če kaznujemo ljudi, ki so naredili napako, da jih v prihodnje ne bodo delali več? Še vedno mislimo, da če se trudimo dovolj, ne bomo naredili napak? Je takšen pristop produktiven in vzpodbujajoč za spremembe?

V okolju neobtožujoče kulture (»no blame culture«) so sistemski vzroki za napake pogostejši kot individualni. Če natančno pomislimo, tako tudi je. Preklop od individualnega v sistemski pristop je na račun profesionalne odgovornosti. Na prvi pogled se zmanjša. Mora pa ostati najmanj enaka! Gre za komplementarnost sistema in profesionalne odgovornosti (4). Če se usmerjamo v sistem, to ne pomeni, da osebi ni potrebna kompetentnost, etičnost ali da ne bo odgovorna ob neprofesionalnem pristopu. Lažje je obsojati sistem, kot zahtevati profesionalno odgovornost. Toda, kot se je napačno osredotočiti zgolj na osebo, je napačno razmišljati, da je za vse kriv le sistem, brez obzira na osebno odgovornost in profesionalnost. Pri analizah se običajno že danes vedno najdejo sistemske napake in manjkrat osebne. Javnost ima pravico zahtevati varno zdravstvo in močan profesionalno-etični ter odgovoren sistem.

Nujno se je učiti iz incidentov. Analiza in izboljšanje sistema, da se incident ne bi več ponovil, bi mnogokrat zadovoljila tako profesionalce, paciente in svojce. Spomnimo se, kolikokrat svoji ali pacienti povedo, da se pritožujejo zgolj zato, da se podoben incident ne bi ponovil še pri kom. Profesionalci neradi poročamo o zapletih in incidentih, posebno če mislimo, da se bomo (ali bomo) s tem osebno izpostavili. Lažje bi se odločili za poročanje o incidentih ob depersonifikaciji in odgovornosti sistema. Tako bi stopili v krog izboljšanja bolnikove varnosti in odprtega, poštenega sistema v kulturi neobtoževanja. Brez jasnega vodenja odgovornih v smer odprte kulture neobtoževanja bomo še dolgo imeli neprijetna, predolgo trajajoča razčiščevanja incidentov.

Razčiščevanje mora voditi bolj v razumevanje kot v kaznovanje, vendar hitro in odgovorno. Če odgovor na incident ne opisuje osebne krivde, mora jasno opredeljevati odgovornost. Seveda se ne bomo mogli izogniti

močnejši in odkriti komunikaciji z javnostjo glede incidentov. Javnosti pa ne bomo mogli dati jasnega sporočila, dokler ne bomo znotraj stroke razčistili pojmov in trenutnega stanja. Analogija z letalstvom nam je lahko zgled, kako se lahko doseže učinkovit sistem s pozitivnim odmevom v javnosti. Jasno, odkrito in časovno primerno poročanje s predvidenimi spremembami v sistemu, ki bodo podobne incidente v prihodnosti preprečevale, je tudi v zdravstvu dosegljiv cilj. Naše strokovno znanje je le en, najpomembnejši od pomembnih stebrov uspešnega zdravljenja. Brez izobraževanja o »mehkih« tehnikah komuniciranja, timskega dela, varnosti pacientov, modelov razreševanja konfliktov, predaje informacij o pacientu bomo ostali na pol poti in mogoče že jutri pred novim incidentom. Manjka nam izobraževanje o razumevanju procesov in neizogibnosti napak, še bolj pa izobraževanje, kako naj odgovorimo na napako ali incident.

Upam, da bo prispevek izzval razpravo in mogoče celo nakazal rešitve. Verjamem, da se okolje zavedanja o profesionalni in sistemski odgovornost hitro širi. Rešitve niso v razreševanju posameznih delov, ampak sistema kot celote. Sistemsko razmišljanje je tisto, kjer razumemo, da večino napak naredijo kompetentni, skrbni ljudje. Pacientova varnost je odvisna od vključenih profesionalcev/oseb v sistem, ki napake predvidi in preprečuje nastanek škode za pacienta. Preklop na sistemsko raven zavedanja težav vzpodbuja izboljšavo, namesto da paralizira odnos.

Namesto zaključka

V knjigi »To err is human« je bilo zaključeno, da več deset tisoč pacientov v ZDA na leto umre zaradi napak v oskrbi in še desetkrat več jih ima posledice. Visoke številke. V knjigi »Crossing the quality chiasm« so predstavljene smernice za sodoben in varen zdravstveni sistem. Varnost je razumljena kot lastnost sistema. Do danes je veljala trditev, da previdni in kompetentni profesionalci ne delajo ali naj ne bi delali napak. Od danes dalje naj bi veljalo, da so pasti pacientove varnosti končni rezultat kompleksnih vzrokov, od napak v opremi, dizajnu sistema in vpletanja človeških faktorjev, vključujoč utrujenost, omejitve spomina in raztresenost. Varnost se lahko izboljša s proučevanjem vzrokov napak in uporabe znanja o načrtovanju sistemov oskrbe tako, da se napake preprečujejo, ko je možno. O napakah, ki nastanejo, se poroča, preprečijo se ponovitve in se ublaži škoda, če napaka vseeno doseže pacienta.

ZOBOZDRAVNIKI SVARIMO PRED SLABŠANJEM ZOBOZDRAVSTVENEGA VARSTVA V SLOVENIJI



Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki odločno nasprotujemo glavarinskemu modelu financiranja zobozdravstvene dejavnosti (plačilo zobozdravstvenih storitev po številu pacientov), kot ga želita uveljaviti ZZS in Ministrstvo za zdravje. Zavedamo se namreč, da bi takšen model izjemno poslabšal dostopnost ter znižal kakovost in varnost zobozdravstvenih storitev.

Zobozdravniki kot temeljni nosilci zobozdravstvene dejavnosti se čutimo zavezane javno opozoriti na ključne negativne posledice morebitnega sprejetja glavarinskega modela:

* Slabša kakovost zobozdravstvenega varstva državljanov

Glavarinski sistem prinaša točkovno ovrednotenje državljanov; odrasel zavarovanec 18,15 točke ali 44 EUR, otrok pa 23,60 točke ali 65 EUR. To zadošča le za en pregled in dve zalivki na posameznika na leto. Je to raven zobozdravstvenih storitev, ki jo želi država zagotoviti svojim državljanom? Jasno je, da se bo v tem primeru ustno zdravje državljanov, zlasti socialno ranljivejših, dramatično poslabšalo.

* Vprašljiva varnost zobozdravstvenega varstva državljanov

ZZS želi posameznemu zobozdravniku po novem naložiti skrb in odgovornost za zobozdravstveno varstvo 2400 državljanov. To je v nasprotju s strokovnimi normativi, ki opredeljujejo največ 1600 odraslih pacientov na zobozdravnika kot še sprejemljivo strokovno mejo, ki še omogoča varno in kakovostno zobozdravstveno oskrbo pacientov.

* Daljše čakalne dobe

Glavarinski sistem bi vsakemu zobozdravniku prinesel povprečno 624 novih neopredeljenih zavarovancev, kar bi podaljšalo čakalne dobe še za dodatnih 52 delovnih dni.

* Izstopanje zobozdravnikov iz javne zobozdravstvene mreže

Glavarine predstavljajo nedopustno stopnjevanje današnjega nepriznavanja realnih stroškov v zobozdravstveni dejavnosti s strani zavarovalnice. Z uvedbo glavarin bi ZZS prenesel celotno finančno tveganje na ramena izvajalcev zobozdravstvenih storitev. Podobni modeli financiranja v nekaterih evropskih državah so privedli do izstopanja zobozdravnikov iz javne zobozdravstvene mreže, s čimer se je dostopnost državljanov do zobozdravstvenih storitev še dodatno zmanjšala. Podobno lahko pričakujemo tudi pri nas.

* Povečanje števila brez zobih po 60. letu starosti

Poskusi drugih evropskih držav, da bi vezale plačilo zobozdravniških storitev na število pacientov, torej »po glavah«, so se končali zelo klavrno – s povečanjem števila brez zobih po 60. letu starosti. Je puljenje zob raven zobozdravstvenih storitev, ki jo želi naša država zagotoviti starejšim in socialno ranljivejšim prebivalcem? Bo Slovenija jutri dežela brez zobih?

Zobozdravniške organizacije in zobozdravniki ocenjujemo, da predlagani model glavarin ni dovolj strokovno premišljen. Ugotavljamo, da gre za izrazito neustrezen ukrep financiranja zobozdravstvenega varstva prebivalcev oz. naših pacientov z nepredvidljivimi posledicami in učinki.

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

Neodobrena uporaba zdravila ultiva prašek za raztopino za injiciranje ali infundiranje

Obvestilo

Oglaševanje in obveščanje v širši in strokovni javnosti, ki ni skladu z odobrenim povzetkom glavnih značilnosti zdravila - Komisija za zdravila I pri Javni agenciji RS za zdravila in medicinske pripomočke je 12. decembra 2008 na 78. seji obravnavala oglaševanje/obveščanje v širši in strokovni javnosti o uporabi zdravila ultiva 1 mg prašek za raztopino za injiciranje ali infundiranje in ultiva 5 mg prašek za raztopino za injiciranje ali infundiranje, ki je objavljeno na spletni strani ene izmed slovenskih porodnišnic, in sicer za lajšanje porodne bolečine z remifentanilom.

Komisija za zdravila I je ugotovila, da tako oglaševanje/obveščanje v širši in strokovni javnosti o zgoraj navedenem zdravilu ni v skladu z odobrenim povzetkom glavnih značilnosti zdravila (SmPC) in navodilom za uporabo, kar je v nasprotju s 86. členom Zakona o zdravilih

(Uradni list RS, št. 31/06 in 45/08). Povzetek glavnih značilnosti zdravila ima namreč v poglavju 4.6 Nosečnost in dojenje v razdelku Rojevanje in porod navedeno:

»Varnost uporabe remifentanila med rojevanjem in porodom ni dokazana. Remifentanila se ne sme uporabljati med porodom in carskim rezom, ker je znano, da prehaja skozi placento, ter da analogi fentanila lahko pri otroku povzročijo depresijo dihanja.«

Navedena uporaba zdravila kot terapevtska indikacija torej ni odobrena. Zdravilo ultiva se lahko spodbuja za uporabo pri nedovoljeni in neodobreni indikaciji (tako imenovano »off label« uporabo), ki je lahko nevarna za otroka.

Prav tako takšno sodelovanje ni v skladu s 87. členom Zakona o zdravilih (Uradni list RS, št. 31/06 in 45/08) ter s 7., 8., 9. in 12. členom Pravilnika o oglaševanju zdravil (Uradni list RS, št. 105/08).

Na omenjeni spletni strani se namreč oglašuje/obvešča javnost o uporabi zdravila, za

katerega je potreben zdravniški recept ter se predpisuje in izdaja z režimom ZZ in ki ga glede na zdravilno učinkovino remifentanil uvrščamo med opioidne anestetike. Zakon pa strogo prepoveduje oglaševanje zdravil na recept, in še zlasti zdravil, ki vsebujejo psihotropne ali narkotične snovi iz mednarodnih konvencij, kakor sta Enotna konvencija Združenih narodov o mamilih iz leta 1961 in Konvencija Združenih narodov o psihotropnih snoveh iz leta 1971.

Zaradi možnosti, da zdravilo ultiva prašek za raztopino za injiciranje ali infundiranje za nedovoljeno indikacijo uporabljajo tudi v drugih porodnišnicah po Sloveniji, vas prosimo za ustrezno ukrepanje v okviru vaših pristojnosti in strokovnih pooblastil z namenom varovanja javnega zdravja.

Dr. Martina Cvelbar, mag. farm., spec. direktorica,
Javna agencija Republike Slovenije za
zdravila in medicinske pripomočke

Sistem

Obdobja, pomembna v razvoju (zobo)zdravstva po letu 1945

Do osemdesetih let

Franc Štolfa

V povojnem času se je zobozdravstvo prilagajalo družbeno-političnim, ekonomskim, socialnim in kulturnim spremembam v smeri razvoja novih samoupravnih socialističnih odnosov. Praviloma vsakih pet do sedem let.

1945–1953: Po vojni (za mene pomeni »po vojni« konec II. svet. vojne) je (zobo)zdravstvo

obdržalo (zadržalo) prvine organiziranosti, ki je veljala med obema vojnoma.

Tristranski sistem organiziranosti zdrav. sistema je bil za tedanji čas dober.

Ustanovi se sistem javnega zdravstva in zobozdravstva – Javne zobne poliklinike, poleg zasebne prakse in vse do leta 1948 zdravstvene službe socialnega zavarovanja. Bilo je obdobje etatizacije, proračunske delitve sredstev in čas t.i. sektorskih ambulant. To je bilo obdobje

neizmernega navdušenja posameznikov in ustanov za »tekmojanja« med »ambulatoriji« na številnih področjih, tudi na celjskem, vse z namenom, da se (zobo)zdravstveno stanje predšolskih, šolskih otrok in mladine z razpoložljivimi skromnimi sredstvi po koncu strašne vojne izboljša (pregledi zobovja otrok, fluoriranje itd.). Neizmerna zavzetost vseh delavcev v zdravstvu predstavlja prispevek naših predhodnikov za to, kar imamo danes! Brezplačno, udarniško! Učili

smo se delovne discipline, načrtnega izrabljanja tistega malo materiala, urejanja dokumentacije, učili smo se statistike, higijene in še desetine stvari. Vzpodbudne so bile prehodne zastavice, ustne in pisne pohvale, predstavitve najboljših na »stencasu«. Prijetno je bilo videti na njem zapisano tvoje ime.

1953–1961: Zasebna praksa je »de facto« (ne de iure) ukinjena. Dobili smo prve »normative in nagrajevanje po rezultatih dela. Uvedeni so bili skladi, amortizacija, najprej od odstotka stroška, pozneje od vrednosti osnovnih sredstev. Zobozdravstvo postane dejavnost posebnega družbenega pomena!

1961–1965: Storjeni so prvi sramežljivi koraki in tržno gospodarjenje. Pogodbe sklepa-jo ambulante vsaka po svoje, najpogosteje po količini storitev. Kakovost je bila drugotnega pomena. Pomembna je bila cena točke, drugačna od ambulante do ambulante. Storitve so bile ovrednotene tako nizko, da je bilo kaj hitro mogoče preseči normo. Storitve nad normo so bile dobro plačane. Same po sebi niso pokrivalo materialnih in ostalih stroškov. Uvede se participacija od stroška storitve. Zanimivo je, da je v času plačanih storitev »iznad norme« povsem zamrla »črna praksa«, fuš.

1965–1968: Gospodarska reforma. Mnogi so šli v Nemčijo s trebuhom za kruhom in se pripeljali v kakšni lepo ohranjeni »kišti« čez leto ali dve domov. Prispevek za zdravstveno zavarovanje pada, cene rastejo v nebo, stroški poslovanja soovrednoteni in nad »planiranimi«, osebni dohodek pada, bohoti se črna praksa. 7. maja 1965 smo dobili nov časovni normativ.

1968–1972: Uvedejo se faktorji za izračun storitev (delo prodajamo kot branjevke solato).

Res pa postanejo vsi sloji prebivalstva izenačeni v pravicah do (zobo)zdravstva.

1972–1977: Leta 1972 so pripravljene ustavni amandmaji in leto zatem nova, »Kardeljeva« ustava s členom, ki zagotavlja republikam odcepitev, samostojnost po volji ljudstva!! Nova ustava je 27. decembra 1974 de iure ukinila vsako osebno in samostojno delo v (zobo)zdravstvu. Uvaja se t.i. »plava knjiga«, srednjeročni sporazum o svobodni menjavi dela v zdravstvu in nomenklatura zdravstvenih storitev. Ker so Kaji in Faktorji merili le delo, se je 1. januarja 1984

vedel t.i. »zelena knjiga«, kjer so kalkulatívni elementi, ki tvorijo ceno, stvar materialnih »normativov«. Ločile so se nemedicinske storitve od medicinskih. Čeprav silno zapleteno, je bil vendar storjen korak k vrednotenju »živega dela« (zobo)zdravnika in ekipe v celoti.

Ko se je izpelo tudi to, je prišla »bela knjiga«. Zmeda je bila popolna.

Svojemisli skušam v tedanji »normalni« latovščini, danes nerazumljivi, posredovati mlajšim! Amerika je bila odkrita že davno. Brez tistega »prej« ne bi bilo niti »danes« in še manj »jutri«. Pozabljeni Aesculapi so orali ledino!

Plava knjiga je bila sprejeta v vseh 60 občinah v SR Sloveniji. Omenjena sporazuma, ki imata značaj planskih dokumentov, opredeljujeta zlasti način uresničevanja solidarnosti in vzajemnih nalog na področju zdravstva, usklajevanje pravic delavcev oz. občanov z dohodkom v skupnosti ter osnove in merila za urejanje medsebojnih pravic in obveznosti med uporabniki in izvajalci zdravstvenega varstva.



Storitve so opredeljene z ustreznimi kadrovskimi, delovnimi, materialnimi in nekaterimi drugimi normativi in standardi. Nekatera merila so podana v razponu in se je treba o njih še pogovoriti. Normativi in standardi se uporabljajo v posameznih zdravstvenih organizacijah združenega dela po dogovoru med skupnostjo in zdravstvenimi delovnimi organizacijami.

Sestavni načrt je tudi nomenklatura zdravstvenih storitev in njihovih faktorskih razmerij, ki jo je 18. julija 1977 sprejel Izvršni odbor skupščine Zdravstvene skupnosti Slovenije.

Nomenklatura začne veljati 1. septembra 1977.

Ostale so tudi pomanjkljivosti. Ostala je izredna razdrobljenost ter zlasti pri faktorskem

vrednotenju prepletajoče se seštevanje časa, porabljenega za delo, potrebnih materialnih stroškov in amortizacije, kar pomeni, da število faktorjev, ki je podano v nomenklaturi, ni vedno izraz rezultatov dela zdravstvenih delavcev, ampak tudi vračunanih sredstev za materialne stroške in amortizacijo. Odpravljanje teh pomanjkljivosti ostaja prednostna naloga.

Sklenjeno je bilo, da se nomenklatura zdravstvenih storitev v kratkem času popravi.

Zelena knjiga, seznam zdravstvenih storitev in samoupravnega sporazuma o njegovi uporabi v svobodni menjavi dela, začne veljati, ko ga sprejmejo občinske zdravstvene skupnosti v SR Sloveniji, najpozneje 1. januarja 1983. V primerih, ko je prekoračen obseg dela posamezne zdravstvene organizacije za pet ali več odstotkov glede na letni plan, mora pred plačilom teh storitev opraviti pregled teh storitev odbor za samoupravni nadzor, enako velja za enote, ki trajno ne uresničujejo plana dela, sestavljenega na podlagi opredelitev tega sporazuma.

Spoštovano je »živo delo«, stroški pa so predmet materialnih normativov.

V naslednjih letih smo dobili še belo knjigo, ki pa se ni obdržala.

Do koder sega moj spomin, smo se otepali s pomanjkanjem (zobo)zdravnikov in sester. Strežnice smo prekvalificirali v sestre, priučene zobne asistentke (inštrumentarke) z eno- ali dveletnim tečajem v stomatološke sestre, pa višje sestre ter diplomirane, visoko izobražene sestre z večkrat prepletenimi pristojnostmi. Eno drži kot pabito: zdravstvo lahko deluje le kot namazan stroj, kot dobro uigrana ekipa, kjer vsak prispeva k uspešni ozdravitvi bolnika.

Problem čakalnih dob je bil, je in bo! Morda je bil narejen poizkus, da se v to vnese več reda, v letih od 1978 do 1980, ko bi se sestra dogovorila za uro obiska pri zdravniku v bolnišnici. Žal se to ni prijelo. Ostaja pa še vprašanje pomanjkanja zdravnikov in sester ter denarja (kadri in investicije).

Imamo javno (zobo)zdravstveno službo in »koncesionarje«. Prvi delajo na »etični« pogon, drugi pač vrednotijo svoje delo drugače. Kar dovolj sem star, da se še spominjam interpelacije dr. Aleša Beblerja in Iva Pavšiča - Bora v Izvršnem svetu Republike Slovenije. Predlagala sta, mislim, da leta 1978, uvedbo zasebne prakse poleg javne. Predlog je bil zavrnjen. Petelin je zapel pre zgodaj in končal v loncu. ■

Kompetence zdravnika specialista družinske medicine

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

3. del

VII. Veščine zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM) ♦

Poleg znanja in stališč, ki so potrebna za delo v družinski medicini, mora biti specialist družinske medicine sposoben izpeljati tudi določene posege in postopke. Veščine smo iz didaktičnih razlogov razdelili na šest skupin, ki zajemajo veščine, potrebne za klinično delo, organizacijo dela v ambulanti, sodelovanje z drugimi službami in institucijami, ter veščine, ki so specifične za delo zdravnika specialista družinske medicine.

OGROŽAJOČA AKUTNA STANJA

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM)

- je več temeljnih postopkov oživljanja pri odraslem in otroku
- je več izvajanja Heimlichovega postopka pri odraslem in otroku
- je več izvajanja dodatnih postopkov oživljanja pri odraslem in otroku
- je več snemanja in interpretacije 12-kanalnega EKG
- je več nastavitve i.v. kanile in infuzije
- je več izvajanja različnih tehnik hemostaze
- je več ukrepanja ob epileptičnem statusu in vročinskih krčih
- je več ukrepanja ob anafilaktični reakciji
- je več postopkov ukrepanja ob zastrupitvah z različnimi agensi
- je več različnih postopkov imobilizacije ob sumu na poškodbo hrbtenice in/ali udov
- je več reševanja poškodovanca iz vozila
- je več priprave bolnika ali poškodovanca na transport
- je več vodenja intervencije ekipe NMP

KIRURŠKE VEŠČINE

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM)

- je več izvajanja prevodne in lokalne anestezije
- je več kirurške oskrbe rane s šivanjem
- je več ukrepanja ob ugrizu živali
- je več ekscizije kožnih lezij
- je več incizije kože
- je več incizije tromboziranih hemeroidov
- je več ekscizije kože
- je več ablacije in klinaste ekscizije nohtov

- je več prevezovanja ran
- je več odstranjevanja šivov in kirurških sponk
- je več krioterapije bradavic in senilnih kožnih sprememb
- je več katetrizacije mehurja
- je več vstavljanja nazogastrične sonde
- je več vodenja normalnega poroda
- je več oskrbe novorojenca po porodu
- je več odstranitve svežega tujka iz roženice, ki ne leži centralno, z uporabo lancete
- je več oskrbe poškodbe očesa
- je več izvesti sprednjo nosno tamponado
- je več izvesti menjavo traheostome
- je več aspiracije iz dihalne poti
- je več priprave in aplikacije inhalacije s pomočjo nebulizatorja
- je več izpiranja ušes
- je več menjave ušesnega traku
- je več punkcije sklepov in burz
- je več intraartikularne in periartikularne aplikacije zdravil
- je več fiksacije poškodovanih sklepov
- je več oskrbe poškodovanih mehkih tkiv
- je več oskrbe varikoznega sindroma z nameščanjem elastičnega povoja

KLINIČNE VEŠČINE

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM)

- je več preventivnega zdravstvenega pregleda in svetovanja za zdrav življenjski slog
- je več priprave in izvedbe predavanja za laično in strokovno javnost
- je več kritičnega branja člankov in interpretacije prikazanih rezultatov
- je več analize lastnega dela
- je več izvajanja cepljenja po cepilnem programu
- je več svetovanja glede kontracepcije in postkoitalne kontracepcije
- je več internistične anamneze in kliničnega pregleda, vključujoč rektalni digitalni pregled
- je več ginekološkega pregleda z jemanjem brisa materničnega vratu in pregledom dojk
- je več psihiatričnega intervjuja
- je več uporabe različnih diagnostičnih vprašalnikov in vprašalnikov za oceno stanja nadzora nad boleznijo
- je več pregleda ortopedskega bolnika
- je več pregleda nevrološkega bolnika
- je več pregleda očesnega ozadja
- je več pregledovanja sprednjih očesnih delov, presvetlitve očesa in

- digitalnega ugotavljanja očesnega tlaka
- je več pregleda zunanega in srednjega ušesa
- je več pregleda žrela in grla po metodi indirektno laringoskopije
- je več interpretiranja laboratorijskih izvidov

SODNOMEDICINSKE VEŠČINE

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM)

- je sposoben izvesti mrliški pregled in krajevni ogled ter izpolniti ustrežno dokumentacijo
- je sposoben izvesti odvzem telesnih tekočin za sodnomedicinske preiskave na truplu
- je sposoben izvesti pregled za ugotavljanje prisotnosti alkohola ali mamil na zahtevo policije
- je več narediti pregled in izpolniti dokumentacijo v primeru poškodbe po tretji osebi na zahtevo policije

ADMINISTRATIVNE VEŠČINE

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM)

- je več izpolniti različne obrazce, ki se uporabljajo pri delu v splošni ambulanti
- je več voditi zdravstveno dokumentacijo – zdravstveni karton
- je več uporabe osnovnih računalniških orodij

ZA DRUŽINSKO MEDICINO SPECIFIČNE VEŠČINE

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM):

- je več opravljanja različnih oblik hišnih obiskov
- je več ocenjevanja delovanja družine
- je več specifičnega načina odločanja v družinski medicini (odvrnljivo nevaren potek, odloženo čakanje)
- je več izpeljati postopek prisilne hospitalizacije
- je več ukrepati ob sumu nasilja ali zlorabe v družini
- je več voditi postopek pri imenovanem zdravniku ZZZS in pred invalidsko komisijo

Literatura:

- Švab I, Rotar Pavlič D. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2002.
- Taylor RB. Family medicine. Principles and practice. New York: Springer, 2005.
- Smrkolj V. Praktikum ambulantne operativne kirurgije. Ljubljana: Državna založba Slovenije, 1990.
- Kavčič S, ur. Nujna stanja. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2000.
- Kersnik J, ur. Zagotavljanje kakovosti. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1994.
- Švab I, ur. Sporazumevanje med bolnikom in zdravnikom. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1995.
- Švab I, ur. Preventiva v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1996.
- Švab I, ur. Družina v družinski medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1997.
- CINDI Slovenija. Preventiva v osnovnem zdravstvu. Ljubljana: Svetovna zdravstvena organizacija. Evropski urad, 1998.
- Švab I, Kersnik J, ur. Predpisovanje zdravil. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske – splošne medicine, 1998.
- Kersnik J. Kakovost v splošni medicini. Ljubljana: Sekcija za splošno medicino SZD, 1998.
- Švab I, ur. Vodenje kroničnega bolnika v družinski medicini. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske/splošne medicine – SZD, 1999.
- Kersnik J, ur. Znanstveno utemeljena medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2000.
- Kersnik J, ur. Zdravnikovo delo izven ambulante. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2001.
- Kersnik J, ur. Zdravstvene napake. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2002.
- Kersnik J, ur. Etika v družinski medicini. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2003; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2003.
- Kersnik J, ur. Družinska medicina na stičišču kultur. 21. učne delavnice za zdravnike

družinske medicine; 2004; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2004.

- Kersnik J, Iljaž R, ur. Sočasne bolezni in stanja. Monografija za 22. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2005; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2005.
- Iljaž R, Kersnik J, Turk H, ur. Družinska medicina v skupnosti. Monografija za 23. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2006; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2006.
- Bulc M, ur. Vključevanje bolnikov v zdravljenje. Učno gradivo za 24. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2007; Ljubljana. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, 2007.
- Ivetič V, Kersnik J. Diagnostične preiskave za vsakdanjo uporabo. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, 2007.
- Klančar D, ur. Veščine zdravnika družinske medicine : učbenik za mentorje. Ljubljana: Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, 2007.
- Wilson FM. Practical Ophthalmology. A Manual for Beginning Residents. San Francisco: American Academy of Ophthalmology, 1996.
- Lavrič A. Klinična nevrološka preiskava. Ljubljana, Medicinski razgledi, 2007.
- Kocijančič A. Klinična preiskava. Ljubljana, Littera picta, 2000.
- Stražiščar Š. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne medicine. Ljubljana, Univerzum, 1980.
- Balažič J. Sodnomedicinska opravila zdravnika splošne prakse. Medicinski razgledi 2007; 46 (2): 187-91.
- Srakar F. Ortopedija. Ljubljana - Žalec, Sledi, 1994.
- Kamič V. Otorinolaringologija : za medicince, stomatologe in zdravnike splošne prakse. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana, Mladinska knjiga, 1984.
- Pajntar M, Novak Antolič Z. Vodenje nosečnosti in poroda. 2. dopolnjena izdaja. Ljubljana, Cankarjeva založba, 2004.
- Premik M. Uvod v epidemiologijo. Ljubljana, Medicinska fakulteta, Inštitut za socialno medicino, 1998.
- Smrkolj V, ur. Kirurgija. Ljubljana - Žalec, Sledi, 1995.
- Kocijančič A, Mrevlje F, Štajer D. Interna medicina. Ljubljana, Littera picta, 2005.

VIII. Profesionalnost in etika zdravnika specialista družinske medicine (ZSDM) ◆

Zdravnik mora poznati etične norme in osnovni pomen kodeksa kot etičnega vodila za naše delo, ki so ostali skozi stoletja nespremenjeni.

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

KODEKSE

- Hipokratova prisega
- Kodeks medicinske deontologije, sprejet na skupščini Zdravniške zbornice 1992. leta in dopolnjen leta 1997

ZAKONODAJO

- Zakon o zdravniški službi
- Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS št. 24/05 - uradno prečiščeno besedilo) in pacientove pravice, ki jih ureja ta zakon:
 - pravica do dostopa do zdravstvene oskrbe in zagotavljanja preventivnih storitev,
 - pravica do enakopravnega dostopa in obravnave pri zdravstveni oskrbi,
 - pravica do proste izbire zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev,
 - pravica do primerne, kakovostne in varne zdravstvene oskrbe,
 - pravica do spoštovanja pacientovega časa,
 - pravica do obveščenosti in sodelovanja,
 - pravica do samostojnega odločanja o zdravljenju,

- pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje,
- pravica do preprečevanja in lajšanja trpljenja,
- pravica do drugega mnenja,
- pravica do seznanitve z zdravstveno dokumentacijo,
- pravica do varstva zasebnosti in varstva osebnih podatkov,
- pravica do obravnave kršitev pacientovih pravic,
- pravica do brezplačne pomoči pri uresničevanju pacientovih pravic.
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- Zakon o zdravstvenem varstvu tujcev v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 28/71)
- Zakon o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04, 23/05)
- Zakon o dostopu do informacij javnega značaja (ZDIJZ-UPB2) (Uradni list RS, št. 51/2006), Uredba o posredovanju in ponovni uporabi informacij javnega značaja (Uradni list RS, št. 76/2005)
- Navodilo za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98, 47/98, 26/00, 67/01, 33/02, 37/03, 117/04)
- Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 56/99 in 64/01)
- Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih delavcev (Uradni list RS, št. 87/02 in 29/03)
- Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja (Uradni list RS, št. 10/00)
- Pravilnik o sestavi, nalogah, pristojnostih in načinu dela komisije za medicinsko etiko (Uradni list RS, št. 9/92)
- Helsinška deklaracija o biomedicinskih raziskavah na človeku
- Konvencija Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Oviedska konvencija)

Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) mora biti **spособen (veščine)**

- upoštevati štiri načela medicinske etike (avtonomija posameznika, dobrodelnost, neškodovanje, pravičnost),
- svetovati in obravnavo prilagoditi bolnikovim socialnim in kulturnim razmeram,
- zgraditi partnerski odnos zdravnik - bolnik,
- spoštovati bolnikovo pravico do drugačnega mnenja,
- sprejeti bolnika kot osebnost (empatija),
- izvajati v bolnika usmerjen pristop pri odkrivanju, zdravljenju in vodenju bolezni,
- reševati enostavne etične in pravne dileme,
- upoštevati bolnikovo obveščenost in soodločanje,
- ukrepati v primerih bolnikove nepopolne avtonomije,
- obvladati načela nadomestnega odločanja,
- obvladati načela odločanja pri posebej ranljivih populacijah bolnikov: otroci, ostareli, hudo bolni, urgentna stanja, psihiatrični bolniki,
- določati prioritete v zdravstvu,
- upoštevati etična in pravna načela pri raziskavah v biomedicini.

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

- različnega doživljanja bolezni pri bolnikih glede na etično, kulturno, versko okolje,
- etičnih vprašanj na začetku in koncu življenja: genetika in nove poti spočetja in oploditve, splav, vzdrževanje življenja in evtanazija,
- zdravnikovega odnosa do bolnika in mej solidarnosti pri samopovzročeni bolezni: kajenje, alkohol in druge droge, nasilni ali visoko tvegani športi,

- možnosti neugodnih izidov zdravljenja in domnevne zdravnikove napake (etična, pravna in odškodninska odgovornost),
- načel odnosov v zdravstvu: odgovornost in hierarhija med posameznimi profili zdravstvenih delavcev ter znotraj zdravništva; zdravnik na vodilnem položaju; meje kolegialnosti,
- omejitve v povezovanju med zdravnikom in farmacevtsko industrijo, zdravnikom in mediji,
- načel delovanja zdravnika kot strokovnjaka po naročilu drugih ter brez zavezanosti interesom posamičnega bolnika: zdravnik izvedenec, zdravnik nadzornik.

Literatura:

- Beauchamp TL, Childress JE: *Principles of biomedical ethics*, 5th ed. Oxford University Press, Oxford 2001.
- Parker M, Dickenson D: *The Cambridge medical ethics workbook: case studies, commentaries and activities*. Cambridge University Press, Cambridge 2001.
- *Medicina in pravo. Zborniki tematskih strokovnih srečanj. Splošna bolnišnica Maribor, Maribor 1990-2003.*
- Milčinski J: *Medicinsko izvedenstvo. Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Ljubljana 1970.*
- Dolenc A: *Medicinska etika in deontologija II. Založba Mihelač, Ljubljana 1997.*
- Kersnik J, ur. *Etika v družinski medicini. 20. učne delavnice za zdravnike družinske medicine. Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD 2003: 916.*
- Voljč B, Švab I. *Etični problemi. V: Švab I, Rotar Pavlič D, ur. Družinska medicina. Ljubljana: Združenje zdravnikov družinske medicine, Slovenskega zdravniškega društva, 2002: 57-64.*
- Connelly JE. *Refusal of Treatment. V: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 187-98.*
- Braddock CH. *Informed Consent. V: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 239-54.*
- Karlowish JHT. *Competency and Decision-Making Capacity. V: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 225-38.*
- Elwin G, Edwards A, Kinnersley P. *Shared decision making in primary care: the neglected second half of the consultation. Br J Gen Pract 1999; 49 (443): 477-82.*
- Muramoto A. *Bioethical aspects of the recent changes in the policy of refusal of blood by Jehovah's Witnesses. BMJ 2001; 322: 37-9.*
- Rogers WA. *Are guidelines ethical? Some consideration for general practice. Br J Gen Pract 2002; 52 (481): 663-8.*
- Reuser CE, Matingly S. *Family involvement in medical decision making. Fam Med 1996; 28 (1): 39-45.*
- Benson J, Britten N. *Respecting the autonomy of cancer patients when talking with their families: qualitative analysis of semistructured interviews with patients. BMJ 1999; 313: 729-31.*
- Rousseau P. *Ethical and legal issues in palliative care. Prim Care 2001; 28 (2): 391-400.*
- Bascom P, Tolle SW. *Treatment at the End of Life. V: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: MC Graw-Hill; 2000: 211-24.*
- *Zakon o nalezljivih boleznih. Uradni list Republike Slovenije št. 69-1, 12.1995.*
- Verity C, Nicoll A. *Consent, confidentiality, and the threat to public health surveillance. BMJ 2002; 324: 1210-13.*
- Say RE, Thomson R. *The importance of patient preferences in treatment decisions-challenges for doctors. BMJ 2003; 327: 542-5.*
- Bremberg S, Nilstrun T. *Patients' autonomy and medical benefit: ethical reasoning among GPs. Fam Pract 2000; 17 (2): 124-8.*
- Halevy A. *Confidentiality. V: Sugarman J. Ethics in Primary Care. New York: McGraw-Hill; 2000.*
- *Kodeks medicinske deontologije. Zbornični akti. ISIS 5: 47-51; 2000.*
- http://www2.gov.si/zak/Zak_vel.nsf/
- Leung WC. *Results of genetic testing: when confidentiality conflicts with a duty to warn relatives. BMJ 2000; 321: 1464-6.*
- Christie RJ, Hoffmaster CB. *The Family as a patient. V: Ethical issues in family medicine. New York Oxford: Oxford University Press; 1986.*
- *Confidentiality and young people. A Toolkit for General Practise, Primary Care Groups and Trusts. Royal College of General Practitioners and Brook, 2000.*
- Verity C, Nicoll A. *Consent, confidentiality, and the threat to public health surveillance. BMJ 2002; 324: 1210-3.*

IX. Zdravnik specialist družinske medicine (ZSDM) usmerjen v znanost in izobraževanje ◆

Odločitve zdravnika družinske medicine morajo temeljiti na znanstvenih izhodiščih in na dokazih. Čeprav se pogosto dogaja, da smernic za vodenje zdravstvenega problema ni vedno na voljo, pa je usmerjenost v znanost pomemben pogoj zdravnikovega odločanja.

Dolžnost vsakega zdravnika je, da izobražuje sebe in pomaga pri izobraževanju svojih kolegov, tako specialistov kot študentov. Zaradi tega mora vsak zdravnik tudi poučevati.

ZNANOST

Ob koncu specializacije naj bi specialist

- poznal postopek sprejemanja članka za objavo v strokovni reviji,
- znal oceniti kakovost strokovnega prispevka,
- bil sposoben napisati strokovno besedilo,
- cenil pomen znanosti za delo zdravnika,

- bil sposoben prevzeti in izpeljati manjše raziskovalne projekte v času rednega dela svoje ambulante.

IZOBRAŽEVANJE

Ob koncu specializacije naj bi specialist

- poznal ravni medicinskega izobraževanja,
- bil sposoben prenašati svoje znanje bolnikom, drugim članom tima in manj izkušenim kolegom,
- bil sposoben uporabljati novo pridobljena znanja za izboljšanje kakovosti lastnega dela,
- cenil pomen stalnega izobraževanja za strokovni napredek.

Literatura:

- Kersnik J, ur. *Znanstveno utemeljena medicina. 17. učne delavnice za zdravnike družinske medicine; 2000; Ljubljana. Ljubljana: Slovensko zdravniško društvo, Združenje zdravnikov družinske medicine, 2000.*
- WONCA Europe (The European Society of General Practice/Family Medicine) *The European Definition of General Practice/Family Medicine Barcelona: WONCA, 2002*
- *EURACT Educational Agenda of GP/FM. WONCA Europe, Kos, Greece 2005.*
- Švab I. *Academic family medicine - the jewel in the crown or the useless aristocrat? Revista portuguesa de clinica Geral 2007; 1: 6-8.*

Simulacijski center Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani

Jasna Šuput

Na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani se razvija simulacijski center. Na Inštitutu za fiziologijo poteka program za uvedbo simulacije v izobraževanje študentov medicine.

V Evropi deluje več simulacijskih centrov, med najpomembnejšimi so DIMS (Dansk Institut for Medicinsk Simulation), Barts and The London NHS ter TuPASS (Tuebinger Patientensicherheits- und Simulationszentrum).

Za našo medicinsko fakulteto je ustanovitev simulacijskega centra velika pridobitev, saj pomeni enkratno priložnost ne le za učenje praktičnih posegov na simulatorju namesto na bolnikih, temveč tudi za razvijanje veščin ravnanja v kritičnih situacijah (CRM, tj. Crisis

Resource Management). Prav slednjemu v medicini po svetu v zadnjih letih posvečajo vse več pozornosti.

Simulacijski centri tako niso namenjeni zgolj študentom medicine in mladim zdravnikom, ki določene praktične veščine šele pridobivajo, temveč tudi najizkušenejšim in najbolj uigranim ekipam. Prav tako se v njem ne izpopolnjujejo le zdravniki, temveč tudi ostalo zdravstveno osebje. Bistvo je, da se v simulacijo vključi celotna zdravstvena ekipa. V ZDA je že leta 2005 večina medicinskih fakultet imela simulacijo v programu študija medicine. Zaradi vseh omenjenih lastnosti simulacijskih centrov sta njihova ustanovitev in nadaljnji razvoj zahteven podvig. Potrebna namreč nista le prostor in oprema, temveč tudi ustrezno izobraženo osebje.

Naš simulacijski center je v primerjavi z zgoraj omenjenimi centri majhen, saj obsega le tri osnovne sobe z možnostjo nadgradnje. To so kontrolna soba, iz katere se izvaja celoten scenarij simulacije in hkrati nadzor nad potekom le-tega, soba, v kateri poteka scenarij (največkrat je poimenovana kar po okolju, v katerem se scenarij izvaja, npr. intenzivna enota, domače okolje ipd.), in soba za »debriefing«. Minimalna oprema, ki jo vsak tak center potrebuje, obsega simulacijsko lutko, računalnik z ustreznimi programi, preko katerega poteka scenarij, kamere, diaproyektor, zdravniško torbo z zdravili in pripomočki, defibrilator ter ustrezno pohištvo.

Poleg omenjenega je v simulacijskem centru tudi enota, ki jo vodijo in v namen pouka nujne medicinske pomoči in ACLS (Advanced Cardiac Life Support) uporabljajo anesteziologi.



Simulacijski center – prikazana je simulacija enega izmed urgentnih stanj v domačem okolju.

Za kakovostno simulacijo je seveda pomemben dobro sestavljen scenarij, tj. ponazoritev ene izmed urgentnih situacij v medicini. Scenarij mora predvideti vsa možna ukrepanja udeležencev in biti temu primerno zasnovan. Še pomembnejši del simulacije pa je njen zadnji del, to je »debriefing«. V slednjem namreč pridemo do novih spoznanj o lastnem ravnanju in delovanju ekipe (tako dobrih kot slabih straneh) v dani situaciji ter do lastnih zaključkov o načinih izboljšanja oskrbe bolnikov, ki jih nato vsak posameznik prenese v prakso. Ta del simulacije je v veliki meri odvisen od inštruktorjev oziroma njihove sposobnosti facilitacije, ki jo izpilijo na posebnih tečajih za inštruktorje simulacije.

Kljub temu, da je center še v fazi razvoja, so simulacije v njem že zaživele. Prve so ga preizkusile skupine študentov v sklopu delavnic AKS (akutni koronarni sindrom), ki so bile prijetno presenečene nad tem, kako dobro simulacija posnema realnost. Glede na pozitivne prve odzive pričakujemo, da bo simulacija kmalu postala vsaj izbirni del študija medicine.

Pričakujemo, da bo v bližnji prihodnosti center zaživel v polni meri, tako da bodo simulacije potekale redno in se jih bodo udeleževali tudi izkušeni zdravniki. Simulacija ponuja veliko novih možnosti tako v izobraževanju kot v raziskavah. Upam, da jih bomo znali izkoristiti. ■

Publikacije v zdravstvu – nepotreben strošek?

V času, ko so pod drobnogledom vsi izdatki v zdravstvu, je morda privlačna misel, da bi tiskane publikacije zdravstvenih organizacij delno ali v celoti nadomestili z elektronskimi oz. jih odpravili. Je to ustrezna rešitev?

Publikacije v zdravstvu so pomembno in v praksi dodobra preverjeno komunikacijsko orodje, saj omogočajo, da naša ključna sporočila neokrnjeno pridejo do tistih, ki so jim namenjena – do zaposlenih, pacientov, strokovne javnosti, političnih odločevalcev...

Toda v obdobju, ko je zapovedano ali vsaj pričakovano varčevanje na vsakem koraku, zlasti pa varčevanje v zdravstvu, je morda privlačna misel, da bi tiskane publikacije, za katere se je izkazalo, da učinkovito nagovarjajo naše javno-

sti, delno ali v celoti nadomestili z elektronskimi. Nenazadnje prav slednje omogočajo hitro in bistveno cenejšo komunikacijo. Zdi se torej, da je rešitev na dlani... Toda preden si oddahnemo, da smo uspeli znižati še en strošek, se vprašajmo, kaj je namen komuniciranja zdravstvene organizacije.

Poceni ali učinkovito komuniciranje?

Cilj komuniciranja vsake zdravstvene organizacije je, da bi njena ključna sporočila čim bolj neokrnjeno prišla do tistih, ki so jim namenjena, in jih učinkovito nagovorila. Ni torej dovolj, da elektronsko publikacijo uspešno odpošljemo na nekaj tisoč elektronskih naslovov, komunikacijski cilj je dosežen šele, če bodo bralci naše informacije pozorno prebrali in se ustrezno odzvali nanje. Ali se bo to res zgodilo, je v prvi vrsti resda odvisno od tega, ali je posamezna zdravstvena organizacija v očeh prejemnikov

verodostojen vir informacije, pa tudi od informacij samih - so dovolj zanimive, informativne, izobraževalne, da bodo pritegnila tiste, ki so jim namenjene? A naj bo vir še tako verodostojen in informacija še tako pomembna – če bo slednja spregledana obležala v elektronskem predalu prejemnika, je bil naš trud zaman. V preobilju elektronskih informacij – le kdo sploh uspe odpreti na desetine elektronskih sporočil s pripnkami, ki dnevno prihajajo na naš naslov – tiskana beseda spet pridobiva veljavo. Pravzaprav je ni nikoli izgubila, saj so navadno prav brošure, zloženske, plakati, revije in ostale publikacije tiste, ki prinašajo ključna sporočila organizacije, obenem pa zagotavljajo potrebno kredibilnost, otipljivost in trajnost. Naslovniki jih lahko prebirajo postopoma in po potrebi vedno znova. Seveda, če si to želijo. Tudi tiskane informacije namreč niso obvezno branje; pacienti, zaposleni, strokovna javnost (odvisno od tega, komu smo posamično publikacijo namenili) bodo naše publikacije vzeli v roke le,



Predstavitve publikacije Vaši zdravniki in zobozdravniki: asist. Dean Klančič, dr. med., prim. asist. Gordana Kalan Živčec, dr. med., prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., in Damjana Pondelek. (foto: STA)

če bodo imeli za to dober razlog.

Če bodo publikacije verodostojne, informativne, tople, če bodo prinašale stališča, ki jim je vredno prisluhniti, če bodo uspele vsakič znova upravičiti zaupanje tistih, ki so jim namenjene. Preobilje elektronskih sporočil, ki jim ni videti konca, je izostrilo in povečalo pričakovanja in zahtevnost naših ključnih javnosti do tiskanih publikacij. V njih namreč upravičeno pričakujejo izbor najboljšega, kar lahko zdravstvena organizacija ponudi. Pričakujejo, da smo informacijam, ki gredo v tisk, namenili več časa in skrbnosti. Da so informacije, ki smo se jih odločili natisniti, boljše, bolj poglobljene in predvsem trajnejše od vsega, kar sicer sporočamo po elektronskih poteh. Bralci vedo, da nas nič ne stane, če v elektronsko publikacijo ali na spletno stran navržemo še to ali ono informacijo (pustimo smiselnost tovrstnega početja ob strani), v tiskani publikaciji pa pričakujejo verodostojne, dobro premišljene zapise. In za takšno raven kakovosti publikacij si mora prizadevati tudi zdravstvena organizacija. Nenazadnje je samo z odličnostjo, verodostojnostjo in poglobljenostjo mogoče doseči, da (p)ostanejo publikacije pomembna vez med zdravstveno organizacijo in tistimi, ki jih želimo uspešno nagovoriti.

Manj je več

»Redkeje, vendar bolj kakovostno«, je odgovor na vprašanje, kako pogosto naj zdravstvena organizacija v zaostrenih finančnih razmerah (in tudi sicer) izdaja publikacije. Ne zapravljajmo prostora, denarja in časa – zlasti ne časa naših

ključnih javnosti – za prazne »informacije«, ki ne pritegnejo posebne pozornosti. Ponudimo kakovostno vsebino, pa četudi morda le nekajkrat na leto. Zato si prizadevajmo, da bodo zaposleni, pacienti, strokovna javnost in ostali, ki jih nagovarjamo, do naših publikacij čutili podobno kot do dobrih prijateljev, ki se jih iskreno razveselijo, četudi le ob priložnostnih srečanjih. Zaupajo jim, cenijo njihovo mnenje, spoštujejo njihova stališča, hkrati pa vedo, da bodo prijatelji spoštovali njihov čas in jih ne bodo utrujali z informacijami, ki jih ne zanimajo.

Publikacija je vaše ogledalo. Zato mora v celoti podpirati vizijo, strategijo, cilje vaše zdravstvene organizacije. Priporočljivo je, da je publikacija oblikovno poenotena z ostalim gradivom – če organizacija že ima celostno grafično podobo, jo kar v največji meri upoštevajte tudi pri snovanju publikacije.

Različne ciljne javnosti govorijo različne jezike. Zaposlene je treba nagovoriti drugače kot paciente, paciente drugače kot politične odločevalce. Z eno publikacijo praviloma ni mogoče učinkovito doseči vseh javnosti, ki so pomembne za vašo zdravstveno organizacijo.

Cilj publikacije je sporočanje ključnih sporočil organizacije. Zato skrbno preverite, koliko različnih vsebin je še smiselno združiti v eno publikacijo, in bodite pozorni na obseg.

Bodite prepoznavni in dosledni. Dobro je, če tisti, ki jim je vaša publikacija namenjena, slednjo prepoznajo že po naslovniku, formatu publikacije, izbiri pisave in barv.

V sliki in besedi. V današnji družbi podob

so dobrodošla krajša in jasna besedila, ki dihajo in puščajo prostor tudi fotografijam. Ena sama velika sporočilna fotografija, ki odraža vašo podobo in/ali podpira ključna sporočila, je učinkovitejša od niza manjših.

Preverite, ali je vaš medij sporočilo. S kratko anketo med bralci je mogoče hitro ugotoviti, katere vsebine od ponujenih dejansko preberejo in kolikšna je komunikacijska učinkovitost vaše publikacije.

Vaša publikacija potrebuje urednika. Izkušen urednik bo poskrbel, da bodo vaše publikacije dosledno podpirale cilje vaše zdravstvene organizacije in učinkovito nagovorile vaše ključne javnosti.

Publikacija omogoča neokrnjena sporočila. Vsebinska, objavljena v vaših publikacijah, bo prišla do tistih, ki jim je namenjena, neodvisno od medijske pokritosti, neodvisno od oglaševalskih vsebin in zahtev. Vaše publikacije so edini medij, ki bo do bralcev prinesel natančno tisto, kar jim želite sporočiti. To je priložnost, ki se ji ne kaže odpovedati.

Publikacija terja verodostojna sporočila. Sporočila, ki jih zapišete v tiskano publikacijo, imajo povsem drugačno težo kot sporočila za javnost, s katerimi sicer morda dosežete potrebno hipno odmevnost, v naslednjem trenutku pa jih že prekrijejo druge, sveže novice.

Novice Urednice za učinkovitejše komuniciranje v zdravstvu

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

Urednica.

Ureja odnose, komunikacije, publikacije...

Damjana Pondelek je direktorica podjetja Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o., specializiranega za odnose z javnostmi v zdravstvu. Potrebujete nasvet? www.urednica.si // damjana.pondelek@urednica.si // 041/773540

Komunikacija z bolnikom – nepogrešljivi del zdravljenja!

Davorin Dajčman

Odnos med zdravnikom in bolnikom je odvisen od obeh osebnosti, ki si v medsebojni dinamiki razdelita svoje vloge in meje. Gledano širše, v današnjem času opazujemo premik k bistveno večji avtonomiji bolnika in njegovih svojcev, ki ima vedno večjo vlogo pri načrtovanju zdravljenja. To je pomembno za povečanje osebne motiviranosti v doseganju zdravja in boljše odzivnost na svetovane ukrepe. Na ta način se lahko tudi zdravniki čustveno razbremenijo, saj bolnikova avtonomija zanje postane olajšanje in ne breme.

Zdravje kot ena temeljnih človekovih vrednot izhaja iz želje po kakovostnem in dolgem življenju, vendar je včasih nezdržljivo z možnostmi sodobne medicine. Zato je del procesa zdravljenja tudi komunikacija, ki blaži nastalo stisko tako zdravstvenih delavcev kot bolnika in njegovih svojcev v dojemljanju bolezni in njenem zdravljenju. Komunikacija je nedvomno vir vsakega uspeha, običajno pa tudi vzrok za neuspeh. V primeru zdravstva je to ozdravitev in zadovoljstvo bolnika, oziroma nezmožnost nudenja pomoči, ki bi ohranila izhodno kakovost življenja. Uspešna notranja komunikacija povzroči homogenost organizacije – kar pomeni, da bodo zdravstveni delavci nastopali složno, tudi v najtežjih trenutkih. Uspešna zunanja komunikacija omogoči razumevanje, zadovoljstvo in zaupanje bolnikov in njihovih svojcev, pospeši diagnostiko in razširi obzorje strokovnosti in organizacijske sheme delovanja v procesu zdravljenja prizadetih.

Pravilna in odkrita komunikacija je ključnega pomena še posebej v nemoči stroke ob morebitni neizbežni hudi invalidnosti ali celo smrti zaradi bolezni ali poškodbe. Dobra komunikacija v procesu zdravljenja pozitivno vpliva na ugodnejši izid, bolnik je bolj zadovoljen in raje sodeluje pri zdravljenju, zadovoljstvo zdravnika ob spoznanju bolnikovega zaupanja pa je zanesljivo večje. Seveda brez dobre komunikacije med zdravstvenim osebjem in

posledičnega dobrega vzdušja v kolektivu ne moremo pričakovati dobrih rezultatov procesa diagnostike in zdravljenja. Komunikacija znotraj zdravstvenih ustanov je večslojna. Poteka med uslužbenci samimi in med zdravstvenimi delavci ter bolniki, večinoma sočasno v vseh plasteh, ki vplivajo druga na drugo. Čeprav komunikacija v zdravstvu, ki vključuje strokovne in zasebne pogovore, poteka večinoma za zaprtimi vrati zdravstvenih zavodov tako javnega kot zasebnega značaja, pa v zadnjih dveh desetletjih pomembno vpliva na javno mnenje.

Zaradi javnega značaja zdravstva ter želje ljudi po zdravju in z njim povezani sreči, se o zdravstvu vse več govori v splošni javnosti, medijih, znotraj drugih strok, še posebej pa v zasebnih krogih. Prav iz slednjih se v primerih bolečega izhoda zdravljenja rojevajo vse pogostejši javni (medijski) nastopi tistih, ki menijo, da so v svoji bolečini na kakršenkoli način prikrajšani, izigrani ali celo prevarani. V takšnih primerih prizadeti ljudje nastopajo čustveno, njihove besede pa so večinoma polne žalosti, jeze in iskanja vzrokov tragedije v medčloveških odnosih v procesu zdravljenja. Vprašanja bioloških zmožnosti zbolelega in medicinske znanosti v splošnem so prepogosto slabo predstavljena. Na ta način skozi svoje izjave in dialoge v medijih hote ali nehote izoblikujejo mnenje širše javnosti.

Teoretiki komunikacije v zdravstvu ugotavljajo, da javna razpravljanja o konkretnih primerih nesrečno končanega zdravljenja še zmeraj izhajajo iz obupa nemočnih bolnikov in svojcev ob nekakšnem »mitu« o nedotakljivosti zdravniškega poklica. Le-ta pa izhaja iz dejstva, da so ljudje zdravstvenim delavcem podrejeni tako strokovno kot organizacijsko, kar pa vzpodbuja domišljijo o vzporednih resnicah ali prikritih krivicah. V tem smislu je medicinska stroke v danih razmerah zdravstvene organiziranosti zaključenih družbenih sistemov zaradi nekonkurenčnosti zagotovo monopolna. Vendar to ne pomeni, da je nedotakljiva, brez čustev ali avtomatizirana, četudi včasih prav

»futuristično« tehnološka. Dobra komunikacija med zdravnikom in bolnikom mora preseči njune medsebojne razlike v družbenem položaju, ker samo na ta način lahko odpravi nezaupanje, poveča sodelovanje in posledično zaupanje.

V procesu »demitizacije« zdravniškega poklica smo zdravniki postavljeni na veliko preizkušnjo, kar nam javnost neupravičeno prepogosto spregleda. Da bi popravili zmotno prepričanje javnosti o moči in nedotakljivosti, moramo vzpodbujati k bolniku usmerjeno komuniciranje, odprto obravnavo bolnikovih problemov, preprečevati hitro postavljanje diagnoz, bolnika seznaniti z vsemi dejstvi njegove bolezni, še posebej možnostmi telesne prizadetosti ali smrti, ter se izogibati stereotipa o dobrih in slabih bolnikih. Na ta način se zdravnik v procesu zdravljenja psihično razbremeni, bolnikovo zaupanje pa se poveča. Znano je, da ljudje, ki imajo dobro izkušnjo s komunikacijo v zdravstvu, lažje prenesejo zмотo, število pritožb in v javnosti vzpodbujanih odškodninskih zahtevkov za strokovno povsem pričakovane izhode zdravljenja pa se zmanjša.

Seveda so najtežje razmere tiste, ki nastanejo nenadno, pri tem pa ne dopuščajo izhoda ali umika nobenemu: tako zdravniku kot bolniku. Rešitev je nujna, pričakovanja pa velika. V sredinah, kjer imajo velike izkušnje z javnim izražanjem nezadovoljstva, izplačevanjem visokih odškodnin in kazenskim pregonom zdravnikov, zagovarjajo povsem odprti slog komunikacije. Ta vključuje sprotno dopolnjevanje podatkov o bolnikovem stanju, čim pogostejšo prisotnost njegovih svojcev ter vzpodbuja nenehno izražanje bolnikovih stališč do predvidenih ukrepov zdravljenja. Sovplivanje in občutek odgovornosti se na ta način močno povečata, izhod zdravljenja pa je običajno posledica kompromisnega vstopa v medicinske procese. Pri tem se mora zdravnik izogniti ključnim komunikacijskim spodrsrljajem; bolniku ne želimo dati vtisa, da ni sposoben razumeti, in ga na ta način podcenjevati, da nam pri delu primanjkuje časa, da delamo v slabih delovnih razmerah in v še

slabših odnosih s sodelavci ter da ob življenju v vsakega posameznega bolnika »pregorevamo«! Za dejanske razmere v zdravstvu, v katerih se znajdeti zdravnik in bolnik v tistem hipu, nista odgovorna ne eden ne drugi. Poudarjanje slabosti lahko bolnika dodatno ogrozi, saj zdravniku večinoma zmanjša možnost kakovostnega odločanja. V takih razmerah trčijo drug ob drugega nasprotni interesi zdravnika in bolnika, pride do konflikta. Reševanje konfliktov je lahko uspešno, če poteka nekonfliktno, kar vključuje nekaj osnovnih pravil:

- Pogovor usmerjamo na to, kaj želimo in pričakujemo z diagnostičnimi postopki in obliko zdravljenja; ne na to, česar ne pričakujemo in ne želimo.
- Odzivov bolnika in svojcev ne kritiziramo, poudarimo le neustrezno vedenje ali točno določen odziv.
- Pri delu moramo zdravniki nenehno izražati svoja čustva. Ta so neizbežna, govorimo o prijetnih in neprijetnih čustvih – izražanje negotovosti, stiske in izogibanje pri zapletenih ali v naprej izgubljenih bolnikih lahko bistveno vpliva na umirjen proces zdravljenja.
- Cilj reševanja nastalega konflikta med zdravnikom in bolnikom ali svojci ne sme biti zmaga. Smiselno je doseči dogovor ali kompromis, tako da se bodo vsi v odnosu počutili bolje.

- Priporočeno je spoštovanje osebnih meja bolnika; nezadovoljstvo nad vedenjem zdravnika izhaja iz potreb bolnika in svojcev, in ne, ker bi mislili, da smo slabi ali nas ne marajo.
- Bolniki morajo dobiti občutek, da nam je njihovo počutje pomembno, ob tem pa naj zdravnik izžareva občutek, da dojemamo, kar bolnik čuti in želi.
- Avtomatični odzivi so neprimerni, v sporih na isto temo ali takih, ki se nenehno ponavljajo, naj zdravnik skuša spremeniti način komunikacije, tako da se bo sogovornik počutil bolj sprejet, kar bo prispevalo k ustvarjalnejšemu iskanju rešitev. Včasih je nujno vključiti način mediacije – vključiti tretjo osebo.

Komunikacija v zdravstvu pa se v današnjem času vse bolj spopada s problemom predsodkov. Predsodki so neutemeljena in nepreverjena stališča do skupine ljudi, v našem primeru zdravnikov. Nastanejo na podlagi pomanjkljivih informacij, spremljajo pa jih močna čustva. Izražajo se tudi v vedenju, in to v različnih stopnjah, od nezaupanja in nestrpnosti odnosov do obrekovanja in verbalnega nasilja. Gre za poenostavljanje, neupravičeno posploševanje, neupoštevanje mnogih izjem. Na nastanek predsodkov v zdravstvu vplivajo zgodnja socializacija, ekonomsko-politični izvori, množični

mediji, osebne izkušnje, pomanjkanje samozaupanja oz. nizka samopodoba. Velikokrat dodatno vplivajo na komunikacijo z bolnikom in njegovimi, zato si morajo zdravniki vzeti dovolj časa za pogovor z njimi.

Raziskave zadovoljstva bolnikov z zdravniki so pokazale, da je največja pomanjkljivost prav pomanjkljiva komunikacija z bolniki. Najhujša posledica pomanjkljive komunikacije v zdravstvu je veliko število bolnikov, ki se ne držijo nasvetov in navodil, ki jim jih posredujejo zdravniki (npr. glede jemanja zdravil, dietne prehrane, prihajanja na kontrolo). Pravilna komunikacija z bolnikom ima zagotovo psihoterapevtske učinke, ker vzpodbuja pozitivna čustva. Izboljša se potek zdravljenja, povečata se zaupanje v zdravnika in bolnikova samozavest.

Ob koncu naj poudarim, da je odnos med zdravnikom in bolnikom odvisen od obeh osebnosti, ki si v medsebojni dinamiki razdelita svoje vloge in meje. Gledano širše, v današnjem času opazujemo premik k bistveno večji avtonomiji bolnika in njegovih svojcev, ki ima vedno večjo vlogo pri načrtovanju zdravljenja. To je pomembno za povečanje osebne motiviranosti v doseganju zdravja in boljšo odzivnost na svetovane ukrepe. Na ta način se lahko tudi zdravniki čustveno razbremenijo, saj bolnikova avtonomija zanje postane olajšanje in ne breme. ■

Odziv

Garancija v stomatologiji

Na 21. strani januarske Izide (Isis št. 1, 1. januar 2009) sem se seznanil z odgovorom na vprašanje zobozdravnice v javnem zdravstvenem zavodu, da hočejo bolniki izsiliti garancijo, da bo zdravljenje v ustih potekalo brez zapletov in bo uspešno.

Seveda je odgovor pravilen. Take garancije v (zobo)zdravstvu enostavno ni. Mora pa zdravnik opravljati svoje poslanstvo v skladu s strokovno doktrino, s pridobljenim znanjem in klinično prakso. To je poroštvo, garancija, ki jo (zobo)zdravniku nalaga njegov poklic: dolžnost in pravico odločanja. Ob bolniku mora ostati samostojen in neodvisen.

Etična načela, zajeta v Hipokratovi prisegi, so preživela 25 stoletij in še danes jim ne moremo očitati, da bi bila zastarela in zaostala. Kodeks etike zdravstvenih delavcev je z zakonom

pridobil obvezno moč. Tako se je Hipokratova prisega le prilagodila spremembam v družbenih odnosih.

V ordinaciji se srečata bolnik s svojim strahom pred boleznijo, bolečino in smrtjo ter s svojim zaupanjem v zdravnika, ki se spopada z zavestjo o odgovornosti in s strahom pred svojo vestjo, pred napako. In kje ni napak? Tudi zdravnik ni nezmotljiv. Napake so bile, so in bodo. Gotovo se zgodijo, tudi to je res. Manj umestno je, da se marsikaj prikazuje kot zlo, čeprav, kot se izkaže, to ni. Zdravstvo je, že zaradi narave dela in skrbi za zdravje, izpostavljeno in priljubljena tarča vseh mogočih strelcev.

V svojem delovnem veku sem spoznal, da ni učinkovitega dela brez vere v zdravnikovo delo in njegovo sposobnost, da edini lahko preliči smrt!

Za uspeh zdravljenja ne more »garantirati« nihče, najmanj zdravnik, če je uporabil za ozdravitev vse svoje znanje in sposobnosti!

Je pa trajnost snemnih in fiksni zobnih nadomestkov določena. Enako materialov. Tu pa poroštvo obstaja že zelo dolgo in je določeno z že davno sprejetimi standardi. Za to odgovarja zobozdravnik, ki mora poznati potek delovnih postopkov zobnega tehnika in to pravilno oceniti. Enako velja za poznavanje materialov.

Jamčiš za blago, ki si ga prodal kupcu, ki pridobi jamstvo, da dobi dobro blago ali pravico do brezplačnega popravila ali zamenjave, če je potrebno. To ni sporno. In medicinsko znanje je posebna kategorija, ki ni tržno blago! ■

Franc Štolfa

RSV-okužbe in preventiva pri otrocih

Poročilo s sestanka znanstvene skupine za vakcinacijo v Bruslju

Štefan Grosek

Respiratorni sincicijski virus, RSV v letu 2008 – Srečanje znanstvene skupine za vakcinacijo, Evropske akademije za pediatrijo EAP (European Academy of Paediatrics), Evropske zveze specialistov, Sekcije za pediatrijo, U.E.M.S., Section of Paediatrics, Bruselj, 12. in 13. december 2008

Evropska akademija za pediatrijo, EAP-UEMS, je imela redno letno decembrsko srečanje v Bruslju 12. in 13. decembra 2008. V okviru srečanja sta delovni skupini EAP, in sicer znanstvena skupina za vakcinacijo in delovna skupina za etiko, pripravili dve strokovni temi. Znanstvena skupina za vakcinacijo je pripravila temo **Respiratorni sincicijski virus, RSV v letu 2008**.

Sestanka smo se iz Slovenije udeležili prof. dr. David Neubauer, Marjeta Seher Zupančič, dr. med., in doc. dr. Štefan Grosek.

Temo Respiratorni sincicijski virus, RSV v letu 2008 sta vodila **prof. Max Zach** iz Avstrije, ki je tudi predsednik Sekcije za pediatrijo EAP-UEMS, in njen generalni sekretar **prof. Jose Ramet** iz Belgije.

Predavatelji iz Velike Britanije (**dr. Richard Thwaites**), Italije (**dr. Paolo Manzoni**), Francije (**dr. Brigitte Fauroux**), Španije (**dr. Pablo Lazaro**) in Brazilije (**dr. Renato T. Stein**) so predstavili: 1. zgradbo virusa, patofiziologijo in manifestacije okužbe z RSV, 2. epidemiologijo, 3. preprečevanje RSV-okužb pri nedonošenčkih, prirojnih srčnih napakah in kronični pljučni boleznimi s palivizumabom, 4. povezavo med RSV-okužbo in ponavljajočim piskanjem, 5. oceno stroškov pri imunoprofilaksi s palivizumabom in 6. RSV-profilakso v prihodnosti.

1. Zgradba in antigenske značilnosti RSV-ja in njegove klinične manifestacije

RSV ni zelo patogen virus, izredno uspešno

pa okuži predvsem dojenčke in majhne otroke, in to večkrat zaporedoma, ter je sprožilec reaktivne bolezni dihal. RSV spada med z ovojnico pokrite paramiksovirus, v rod pnevmovirusov (McNamara P s sod., Br Med Bull, 2002). To je enovajčni RNA-virus, katerega genom kodira 10 proteinskih molekul. Genom je močno povezan z nukleokapsidnim N-proteinom, ki skupaj s fosfoproteinom P in veliko polimerazno podenoto L tvori minimalno količino materiala, potrebnega za replikacijo virusa. Za transkripcijo je potreben še protein M2-1, ki zagotavlja zadostno velikost mRNA (Collins P & Graham B., J Virol, 2008). Transmembranski protein G je odgovoren za pritrnitev virusa na celice, medtem ko je transmembranski protein F pomemben pri fuziji s celico in pospešuje tvorbo sincicija. Antigenska variabilnost proteina G je odgovorna za razlike med dvema podtipoma virusa, A in B. Kljub variabilnosti vsi človeški podtipi RSV vsebujejo nemutirajočo 13-aminokislinsko regijo v G-proteinu, ki ima strukturno obliko zanke. To je mesto, na katero se vežejo molekule gostitelja.

Rezultati raziskav kažejo, da so za težo bronhiolitisa pri dojenčkih odgovorni imunski mehanizmi. V odzivu na okužbo sta pomembni obe veji imunosti, prirojena in pridobljena imunost, in neimunski dejavniki. Za to govorijo naslednja dejstva: dojenčki so najbolj občutljivi za okužbo, ko so imunsko še nezreli, čeprav imajo specifična protitelesa od matere. Možni mehanizmi bi lahko bili zmanjšana tvorba IL-6 in TNF-alfa odziv ter s tem povezana zmanjšana apoptoza, kar povzroči povečano virusno replikacijo, zmanjšan delež limfocitov v kostnem mozgu (KM) in nenazadnje slabša funkcija in nenormalno potovanje intraepitelijskih dendritičnih celic. Dodatno slabša produkcija protiteles poveča tveganje in težo ob ponovnem stiku z virusom.

Prirojena imunost igra pomembno vlogo v patogenezi RSV. Surfaktantni proteini (SP) A, B in D v bronhoalveolarnem lavatu so znižani, vemo pa, da SP A nevtralizira RSV, ker se veže na protein F, ne pa tudi na protein G. Protein F so-

deluje v stimulaciji TLR4 in CD14 receptorskih molekul, ki sta esencialni za začetek prirojenega imunskega odziva (Davis IC s sod. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol 2004). Rekrutacija nevtrofilcev je povečana zaradi izločanja IL-8 s strani respiratornih epitelijskih celic in makrofagov. Zelo pomembna je vloga eozinofilcev, ki naj bi imeli vlogo v vzdrževanju dolgotrajnega vnetja v dihalih po okužbi z RSV.

Britansko pediatrično kardiološko združenje je izdalo priporočila, kateri otroci bi imeli korist, če bodo zaščiteni s palivizumabom. To so otroci, ki imajo hemodinamsko pomembne prirojene srčne napake (PSN), otroci s povečanim pljučnim pretokom z ali brez cianoze, s pljučnim venskim zastojem, pljučno hipertenzijo ali dolgotrajnimi pljučnimi zapleti, z rezidualnimi napakami po srčni operaciji, s kardiomiopatijami (Tulloh R s sod., Cardiol Young, 2003). Otroci, ki naj ne bi imeli koristi od palivizumaba, pa so otroci s hemodinamsko nepomembnimi PSN ali otroci, ki so imeli medicinsko ali kirurško popravljeno PSN. Praktično vsi otroci s kroničnimi pljučnimi boleznimi naj bi imeli korist od palivizumaba (Arnold SR s sod., Ped Infect Dis J, 1999 in Boyce TG s sod., J Pediatr, 2000). Zaščito s palivizumabom naj bi prejeli otroci petkrat v enomesečnih presledkih, in sicer v letnem času, ko je največja pojavnost virusnih okužb, v Veliki Britaniji od srede septembra dalje.

Od otrok z različnimi boleznimi in različne gestacije je bilo največ otrok, hospitaliziranih v prvem letu življenja zaradi okužbe z RSV, otrok z bronhopulmonalno displazijo (BPD), in sicer 388 na 1000 otrok, sledijo otroci s prirojimi srčnimi napakami, 92 otrok, otroci, rojeni v 28. tg ali mlajši, 70 otrok, 66 otrok med 29. in 33. tg, 57 med 33. in 36. tg, in 30 otrok, rojenih ob terminu brez pridruženih bolezni. V drugem letu življenja je bilo 73 otrok z BPD hospitaliziranih, 18 s prirojimi srčnimi napakami. Okoli 53 odstotkov otrok, rojenih ob terminu, je hospitaliziranih zaradi RSV (Boyce TG, J Pediatr, 2000).

2. Epidemiologija, sezonskost pojavljanja, obremenjenost zdravstva zaradi RSV-okužb

Po podatkih raziskave Shaya s sod. (Shay DK s sod., JAMA, 1999) so imeli v ZDA med 17-letno raziskavo 1,65 milijona hospitalizacij zaradi bronhiolitisa pri otrocih, mlajših od petih let, kar pomeni približno sedem milijonov dni hospitalizacije. V 82 odstotkih vseh hospitalizacij so bili hospitalizirani otroci, mlajši od enega leta. Med otroki pod enim letom starosti je na letni ravni bronhiolitis porastel od 12,9 na 1000 otrok leta 1980 na 31,2 na 1000 otrok v letu 1996. Med leti 1988 in 1996 je značilno porastlo število hospitalizacij zaradi bronhiolitisa, medtem ko za druge bolezni spodnjih dihalnih poti število hospitalizacij ni porastlo.

Obstaja pa velika variabilnost v obremenitvi zdravstva z RSV (neodvisna od bolnikov), in to zaradi geografskih vzrokov, sezonskosti pojavljanja okužb, mikroklima in meteoroloških dejavnikov ter vpliva mesta oz. podeželja. Pojavnost RSV glede na zemeljski polobli sever - jug se kaže v povečanem številu okužb, ko je vroče, in v deževni dobi na severni polobli, v predelu okoli ekvatorja v kateri koli sezoni skozi vse leto z vrhom v deževnem obdobju, medtem ko na južni polobli v vroči in suhi sezoni. V zmernem klimatskem obdobju pa jeseni in pozimi, kot vsakoletna epidemija z vrhovi vsako drugo leto.

Noyole DE in Mandeville PB sta spremljala vpliv klimatoloških dejavnikov na RSV-epidemijo v Mehiki: zunanjo temperaturo, barometriški tlak, relativno vlažnost, ure trajanja dnevne svetlobe itd. ter pojavnost RSV-okužb (Noyole DE in Mandeville PB, Epidemiol Infect, 2008). Ugotovila sta, da atmosferski pogoji, posebno temperatura zraka, vplivajo na letno variabilnost v pojavljanju RSV. Sezonskost pojavljanja RSV-okužb so potrdile tudi druge raziskave v Ameriki in Evropi.

V zadnjem delu predavanja je predstavil pogled na RSV-okužbe pri nekaterih skupinah prebivalstva s povečanim tveganjem za okužbo. Falsey s sod. je v svoji raziskavi ugotovil, da je obremenitev starostnikov z RSV enako velika, kot obremenitev z nepandemično influenco A v skupini, visoko precepljeni za influenco. Kar 12 do 15 odstotkov jih potrebuje intenzivno terapijo in smrtnost je od 7 do 8 odstotkov (Falsey AR s sod., NEJM, 2005). Podaljšano izločanje RSV, ki lahko traja tedne ali mesece, so ugotovili pri otrocih in odraslih, okuženih s HIV (King JC s sod., Am J Med, 1997). Dodatne rizične

skupine so tudi otroci s prirojenimi imunskimi napakami (T- in B-celični defekti, DiGeorgeev sindrom) in na intenzivni imunosupresivni terapiji – na kemoterapiji, po transplantaciji organov, po transplantaciji kostnega mozga. Pri otrocih, ki so zdravljeni zaradi raka, je pomemben dejavnik tveganja za okužbo limfopenija (El Saleeby CM s sod., 2008, Pediatrics).

3. Učinkovitost zaščite s palivizumabom pri nedonošenčkih, otrocih s prirojenimi srčnimi napakami in kronično pljučno boleznijo

Po podatkih bolnišnic v ZDA, zbranih za obdobje od leta 1997 do 2000, je bilo število hospitalizacij zaradi RSV v tem obdobju na prvem mestu med vsemi diagnozami (Leader S s sod., J Pediatr, 2003).

Pedraz s sod. je v španski raziskavi o učinkovitosti palivizumaba na skupini **nedonošenčkov pod 32 tg**, starih manj kot šest mesecev, v štirih zaporednih sezonah ugotovil, da so v sezonah 1998-1999 in 1999-2000 otroci, zaščiteni s palivizumabom (15 mg/kg), imeli več kot trikrat nižji delež hospitalizacij, kot pa če niso dobili imunoprofilakse (13,4 odstotka vs. 3,9 odstotka in 13,1 odstotka vs. 4 odstotka). V raziskavi je sodelovalo 3500 otrok (Pedraz Z s sod., Ped Infect Dis J, 2003). Frogel M s sod. iz ZDA je raziskoval podajnost – komplanco dajanja zdravil v ambulanti ali doma. Ugotovil je, da je dajanje palivizumaba povezano z značilno višjo komplanco in nižjim deležem hospitalizacij zaradi RSV pri visokorizičnih otrocih (Frogel M s sod., Ped Infect Dis J, 2008).

V raziskavi Lacaze-Masmonteil T s sod. o boleznih spodnjih dihalnih poti in RSV-profilaksi so ugotovili, da je bil eden od štirih otrok, ki ni dobil zaščite proti okužbam z RSV, nedonošenček, rojen pred 36. tednom gestacije brez BPD-ja, in da je bil najmanj enkrat ponovno sprejet zaradi katerega koli razloga. Od teh je bilo 50 odstotkov sprejemov posledica okužbe spodnjih dihalnih poti in 20 odstotkov sprejemov posledica RSV-okužbe (Lacaze-Masmonteil T s sod., Arch Dis Child, 2004).

Kar štiri raziskave (Boyce TG s sod., Pediatrics 2000, Navas Ls sod. J Pediatr 1992, MacDonald NE s sod., NEJM 1982, Moler FW s sod., Crit Care Med 1994) so pokazale višji delež hospitalizacij (9,2 odstotka), višji delež zdravljenja v EIT (33 odstotkov), višjo smrtnost (37 odstotkov) pri otrocih s prirojenimi srčnimi

napakami (PSN), ki niso prejeli imunoprofilakse proti RSV.

Feltes s sod. je raziskoval učinkovitost palivizumaba **pri otrocih s prirojenimi srčnimi napakami** (Feltes, J Pediatr, 2003). Raziskava je potrdila, da je mesečno dajanje (pet odmerkov) palivizumaba varno, se dobro prenaša in je učinkovita zaščita pred težjimi okužbami z RSV pri majhnih otrocih s hemodinamsko pomembnimi PSN. V raziskavo je bilo vključenih skoraj 1300 otrok, po 650 v vsaki skupini, zdravljeni in kontrolni. Otroci so bili stari manj kot dve leti in so imeli hemodinamsko pomembno PSN. Delež hospitalizacij se je zmanjšal za polovico, delež hospitalizacij in potreb po kisiku za trikrat, našli so tudi trend v zmanjševanju sprejemov v EIT, vendar to ni bilo statistično značilno. The Palivizumab Outcomes Registry (Cohen SA s sod., Pediatr Cardiol, 2008) je v štiriletnem obdobju spremljal podatke o otrocih s PSN, ki so vključeni v register. Kumulativni delež hospitalizacij zaradi RSV je bil nizek in je bil 1,9 odstotka med otroki, ki so dobili profilakso. V cianotični skupini je bil delež 2,6 odstotka in v acianotični 1,6 odstotka.

Otroci s cistično fibrozo (CF) so nagnjeni k težkemu poteku RSV-okužbe, s podaljšano hospitalizacijo, povečanim tveganjem za dolgotrajne posledice, povečanim tveganjem za kolonizacijo s *Pseudomonas aeruginosa* (Abman S s sod., J Pediatr 1988, Armstrong D s sod., Pediatr Pulmonol, 1998, McCormick JE s sod., Arch Dis Child, 2007). Speer ME s sod. (Speer ME s sod., Pediatr Infect Dis, 2008) je v Palivizumab Outcomes Registry, ki ima v zbirki 19.548 visokorizičnih otrok, našel 92 otrok s cistično fibrozo. Nobeden od teh otrok, ki je dobil profilakso, ni potreboval bolnišničnega zdravljenja. Časi hospitalizacije so bili krajši (0,8+/-3,1 vs. 1,7+/-4,3 dni), vendar niso dosegli statistične značilnosti. Wilkesmann A s sod. iz Bonna v Nemčiji je proučeval otroke z živčno-mišičnimi boleznimi (ŽMB) in RSV-okužbo (Wilkesmann A s sod., Ped Infect Dis J, 2008). V raziskavo je bilo šest let (od 1999 do 2005) zajetih 14 pediatričnih bolnišnic, vključenih je bilo 1541 otrok v Evropi in ZDA. ŽMB-bolniki so imeli večje tveganje za pojav krčev in večje število otrok z ŽMB je bilo potrebno umetno ventilirati. Atributivna umrljivost je bilo višja (5,5 vs. 0,2 odstotka).

V 37 centrih v Evropi, ki se ukvarjajo s **transplantacijo kostnega mozga** so opravili enoletno spremljanje bolnikov, ki so se okužili z RSV. Vključenih je bilo 1973 bolnikov (Ljungman, Bone Marrow Transplantation, 2001). Celotna umrljivost bolnikov, okuženih z RSV, je bila 30,4 odstotka in direktna z RSV povezana smrtnost

je bila 17,4 odstotka. Ugotovili so, da je limfocitopenija v povezavi s povečanim tveganjem za RSV-okužbo (razmerje obetov 3,04). Čeprav je med 40 bolniki po alogeni transplantaciji kostnega mozga 19 bolnikov dobilo palivizumab, to ni preprečilo širjenja bolezni v spodnja dihala ali zmanjšalo smrtnosti (de Fontbrune FS s sod., *Clin Infect Dis*, 2007).

Zaključki dr. Brigitte Fauroux so bili naslednji: palivizumab ne prepreči okužbe z RSV. Zaščita s palivizumabom zmanjša delež hospitalizacij bolnikov zaradi RSV-okužb spodnjih dihalnih poti, kot sta RSV-bronhioolitisa ali pljučnica. Dalje ugotavlja, da so najbolj ogroženi za hospitalizacijo in težek potek bolezni nedonošenčki z/brez BPD, otroci s PSN, s CF, ŽMB in limfocitopenijo. Te skupine bolnikov so po njenem mnenju upravičene do zaščite s palivizumabom.

4. Ali stroški uporabe palivizumaba upravičujejo visoke stroške uporabe imunoprofilakse (cost-effectiveness raziskava)

Raziskava je pokazala, da je palivizumab stroškovno učinkovita preventiva proti okužbam z RSV pri otrocih, rojenih do 35. tedna gestacije, in je nižja kot predvideni stroški zdravljenja otrok, ki bi jih bilo treba zdraviti v bolnišnici zaradi hujših okužb z RSV.

5. Vpliv respiratornih virusov na nastanek astme

Raziskava Shay DK iz ZDA je v letih od 1980 do 1996 ugotavljala velik porast hospitalizacij otrok v vseh starostnih skupinah, najbolj pa pod šestimi meseci starosti ob začetku sezone okužb z RSV (Shay DK, *JAMA*, 1999). Vzporedno s porastom hospitalizacij zaradi bronhioolitisa je narasla tudi prevalenca astme, kar je pokazal na primeru raziskave, ki so jo opravili v NHCS – National Health Interview Survey 1982–1994. Odgovora na vprašanje, ali sta ti dve krivulji povezani ali ne, pa ne more dati nihče in to je vprašanje za milijon dolarjev, kot je dejal dr. Stein. V raziskavi Sigursa N s sod. na Švedskem (Sigurs N s sod., *Am J Resp Crit Care Med*, 2000 in 2005) so ugotovili povečano tveganje za nastanek bronhialne obstruktivne bolezni in alergične senzitivizacije (preobčutljivosti) pri 47 otrocih do tretjega leta starosti, hospitaliziranih zaradi RSV v dobi dojenčka, v primerjavi s kontrolno skupino 93 otrok. V starosti sedem let so bili ponovno pregledani vsi otroci, hospita-

lizirani zaradi RSV v dojenčkovi dobi. Ugotovili so, da je bila kumulativna prevalenca astme 30 odstotkov v RSV-skupini in 3 odstotke v kontrolni skupini ($p < 0,001$), kumulativna prevalenca »kateregakoli piskanja« je bila 68 odstotkov vs. 34 odstotkov ($p < 0,001$). Alergično preobčutljivost so našli pri 41 odstotkih otrok z RSV in pri 22 odstotkih otrok v kontrolni skupini ($p < 0,039$). Multivariantna analiza je pokazala, da je razmerje obetov za razvoj astme pri otrocih z RSV 12,9 in za preobčutljivostno reakcijo 2,4. Raziskava, ponovljena leta 2005 v starosti otrok 13 let, je potrdila, da je pri otrocih, ki so bili v dojenčkovi dobi hospitalizirani zaradi RSV-bronhioolitisa, veliko tveganje za alergično astmo v zgodnji adolescenci.

V Tucson Children's Respiratory Study v Arizoni, ZDA, je Taussig AL s sod. zastavil longitudinalno prospektivno raziskavo dejavnikov tveganja za razvoj bolezni spodnjih dihalnih poti v zgodnjem otroštvu in za kronično obstruktivno bolezen dihal v kasnejšem življenju. Zajeli so 1246 novorojenčkov med leti 1980 in 1984, kar je predstavljalo 78 odstotkov izbranih otrok (Taussig AL s sod., *Am J Epidemiol* 1989). Preko 900 otrok so spremljali do 13. leta starosti, ocenjevali so njihovo izpostavljenost virusom. Sam predavatelj Stein je objavil rezultate o vplivu RSV-okužbe v zgodnjem otroštvu na tveganje za piskanje v kasnejšem življenju (Stein RT s sod., *Lancet* 1999). Ugotovil je, da je okužba spodnjih dihal z RSV povezana s povečanim tveganjem za nepogosto in pogosto piskanje, razmerje obetov je 3,2 in 4,3. Ta dejavnik upada s starostjo in ni več značilen v starosti 13 let. Povezave med RSV-okužbo in kasnejšo atopijo ni več našel, verjetno igrajo vlogo drugi dejavniki. Rezultate je pripisal različnim fenotipom za astmo (Stein RT, *Thorax* 1997). Metaholinski test in variabilnost največjega pretoka izdihanega zraka, ocenjena v starosti 11 let, skupaj z markerji atopije (IgE in kožni testi na alergene) so identificirali tri različne fenotipe »piskačev« v otroštvu: »prehodno zgodnje piskanje« v prvih treh letih življenja, ki ni odvisno od dihalnih poti, »neatopijsko piskanje« otrok med tretjim in šestim letom starosti in v zgodnji šolski dobi, ki je povezano s positive peak flow variabilnostjo, toda ne z metaholinsko hiperpreobčutljivostjo, in tretji fenotip »z IgE povezano piskanje/astma, ki je povezano s persistentnim piskanjem v katerikoli starosti in z metaholinsko preobčutljivostjo, peak flow variabilnostjo in kazalci atopije.

Da rojstvo otroka v zimski sezoni in bronhioilitis povečata tveganje za nastanek astme v kasnejšem življenju, je raziskoval Wu P s sod. v veliki raziskavi v Tennesseeju, ZDA. Vključenih je bilo preko 95.000 otrok, rojenih med letoma

1995 in 2000. Otroci, rojeni štiri mesece pred zimskim vrhom sezone za viruse, so imeli največje tveganje z 29-odstotnim povečanjem v razmerju obetov za nastanek astme v primerjavi z rojstvom 12 mesecev pred vrhom sezone za virus (razmerje obetov 1,29). Starost dojenčkov v času zimskega vrha za virusno okužbo je predstavljala največje tveganje za nastanek kasnejše astme (Wu P s sod., *A J Resp Crit Care Med*, 2008). Weinmayr G s sod. je ugotovil, da se povezava med atopijo in simptomi astme pri otrocih močno razlikuje med različnimi državami in da narašča z ekonomskim razvojem (Weinmayr G, *AJRCCM*, 2007).

Na osnovi vsega do sedaj znanega sta avtorja Holt PG in Sly PD (Holt PG in Sly PD, *Curr Opin Allergy Clin Immunol*, 2007) predstavila model etiologije astme v zgodnjem otroštvu in predlog zgodnje preventivne pred okužbo kot glavnim sprožilnim dejavnikom. Zgodnja preventiva ima vpliv na zmanjšanje v Th2 smer polariziranega odziva v zgodnjem otroštvu in na izgubo pljučne funkcije. To je v svoji raziskavi potrdil tudi Morgan WJ s sod. (Morgan WJ s sod., *AJRCCM*, 2005), ki je ugotovil da persistentno piskanje v zgodnjem otroštvu (pred šestim letom) povzroči pomembno izgubo pljučne funkcije.

Na osnovi vsega povedanega bi zdravljenje, ki bi zmanjšalo hudo okužbo spodnjih dihalnih poti zaradi RSV, zmanjšalo visok delež ponavljajočega piskanja v kasnejših letih. Simoes EA s sod. (Simoes EA s sod., *J Pediatr* 2007) je postavil hipotezo, da bi moral palivizumab, anti-RSV monoklonsko zdravilo, s preprečevanjem zgodnje okužbe spodnjih dihalnih poti z RSV pri nedonošenčkih zmanjšati kasnejše ponavljajoče piskanje. V raziskavi je imel kohorto nedonošenčkov, ki so prejeli palivizumab in niso bili hospitalizirani (192 otrok), in kohorto otrok, ki niso nikoli prejeli palivizumaba (230 otrok, 76 je bilo hospitaliziranih zaradi RSV in 154, ki niso bili). Spremljali so jih 24 mesecev, začetek spremljanja pri povprečni starosti 19 mesecev. Delež ponavljajočih se piskanj je bil značilno manjši pri otrocih, ki so dobili palivizumab (13 odstotkov in 8 odstotkov) v primerjavi z vsemi 230 nezdravljenimi otroki (26 odstotkov, $p = 0,001$ in 16 odstotkov, $p = 0,011$), in s 154 otroki, to je podskupino tistih, ki niso bili hospitalizirani za RSV-okužbo spodnjih dihalnih poti (23 odstotkov, $p = 0,022$ in 16 odstotkov, $p = 0,027$). Sklep raziskave je bil, da palivizumab lahko zmanjša delež otrok s ponavljajočim piskanjem v naslednjem obdobju pri nedonošenčkih.

Zaključni sklepi dr. Steina so bili: RSV je verjetno povezan za astmo preko mehanizma po-

škodbe dihalnih poti, rinovirusi pa so povezani z astmo preko alergične poti. Pomembna je vloga nezrelega imunskega odziva in tudi čas okužbe v najzgodnejšem obdobju igra pomembno vlogo v napovedovanju za nastanek astme. Zgodnja preobčutljivost je povezana s povečanim tveganjem za astmo pri otrocih s hudo okužbo spodnjih dihalnih poti. Tveganje za astmo narašča z večkratnimi okužbami spodnjih dihalnih poti. Ne zadosti raziskani vplivi okolja v kombinaciji z zgodnjimi okužbami spodnjih dihalnih poti tudi igrajo pomembno vlogo.

6. Imunoprofilaksa RSV v prihodnosti

V kliničnih raziskavah se uporablja že tudi novejšo, drugo generacijo anti-RSV monoklonskega zdravila, motavizumab. Zaenkrat so raziskave v fazi III. To zdravilo naj bi se mnogo bolje vezalo na protein F (do 70-krat), 20-krat bolj naj bi bilo sposobno nevtralizirati RSV in vitro in do 100-krat naj bi zmanjšalo titer RSV-protiteles v pljučih kot palivizumab.

Avtorji, navedeni v oklepajih, so avtorji

citativ, ki so jih navajali predavatelji med predavanji in so zapisani po vrstnem redu, kot se pojavljali v predavanjih. Navedel sem večino avtorjev in njihovih citativ, ki so se pojavili med predavanji.

Navzkrižje interesov: Družba Abbott Slovenija (trži in prodaja zdravilo palivizumab, synagis) je plačala doc. dr. Štefanu Grosku dve hotelski nočitvi in kotizacijo za srečanje EAP-UEMS. Letalski prevoz je bil plačan iz sredstev IRD, Medicinske fakultete, Univerza Ljubljana. ■

Strokovni prispevek

Presejalne metode za kronično ledvično bolezen: ocena glomerulne filtracije

Radovan Hojs, Maksimiljan Gorenjak, Mladen Krsnik, Mitja Lainščak, Jelka Lindič, Pika Meško Brguljan, Barbara Možina, Jelka Zaletel Vrtovec

Uvod

Kronična ledvična bolezen (KLB) je zaradi naraščajoče incidence, prevalenke ter visoke zboleznosti, umrljivosti in visokih stroškov zdravljenja postala velik svetovni zdravstveni problem (1). Prevalenca kronične ledvične bolezni je v različnih delih sveta (ZDA, Evropa, Avstralija, Azija) ocenjena na okoli 10 odstotkov (2). Žal zanesljivih podatkov o prevalenci KLB v Sloveniji nimamo. Zaradi pomanjkljive opredelitve in klasifikacije je bila KLB prepogosto neprepoznana in nezdravljena. V želji po boljši obravnavi in skrbi za bolnike s KLB, še preden ti postanejo dializno odvisni, so leta 2002 nastale najnovejše smernice o vrednotenju in klasifikaciji KLB, ki jih je razvila »Kidney Disease Outcome Quality Initiative« (K/DOQI) (tabela 1), dodatno pa so bile dopolnjene še s »Kidney Disease Improving Global Outcomes« (KDIGO) (tabela 2) (3-5). Posledice KLB ne zajemajo le napredovanja v ledvično odpoved, temveč se odražajo skoraj na vseh organskih sistemih (4). Znano je, da več bolnikov s kronično ledvično boleznijo umre, preden so deležni nadomestnega zdravljenja dokončne odpovedi

ledvic (3). Glavni vzrok smrti pri teh bolnikih so srčno-žilne bolezni (6). Zato je smiselno zgodnje odkrivanje kronične ledvične bolezni in ustrezno ukrepanje.

Tabela 1. Trenutna klasifikacija KLB (smernice K/DOQI) (3)

STOPNJA	OPIS	GF (mL/min/1,73m ²)
1	Ledvična okvara z normalno ali ↑ GF	> 90
2	Ledvična okvara z blago ↓ GF	60-89
3	Zmerno ↓ GF	30-59
4	Hudo ↓ GF	15-29
5	Ledvična odpoved	< 15 ali dializa

KLB - kronična ledvična bolezen; GF - glomerulna filtracija

Smernice obsegajo definicijo in klasifikacijo stopenj KLB in temeljijo predvsem na oceni glomerulne filtracije (GF), upoštevajo pa tudi laboratorijske kazalce ledvične okvare, med katerimi je nedvomno najpomembnejša proteinurija. Zajemajo tudi nenormalnosti ledvic, odkrite s slikovnimi metodami. Vse spremembe

morajo biti za postavitev diagnoze KLB prisotne vsaj tri mesece. Za postavitev diagnoze KLB pri ugotovljeni prvi in drugi stopnji ocena GF ni dovolj, pri tretji do peti stopnji pa za diagnozo KLB zadostuje že ocena GF. Sprejetjem smernic se je tako oceni GF povečal pomen in vloga pri opredelitvi in vrednotenju KLB. Smernice zajemajo tudi povezavo ledvične funkcije z zapleti KLB ter opredelitev tveganja izgube ledvične funkcije in razvoja srčno-žilnih bolezni.

Tabela 2. Definicija KLB - Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO) (5)

Strukturne ali funkcijske nenormalnosti ledvic v trajanju > 3 mesece, ki se kažejo kot:

1. Ledvična okvara, z ali brez ↓ GF, definirana kot:

prisotnost patoloških nenormalnosti prisotnost označevalcev ledvične okvare nenormalnosti seča (proteinurija) nenormalnosti krvi nenormalnosti ledvic, odkrite s slikovnimi metodami presaditev

2. GF < 60 mL/min/1,73m², z ali brez ledvične okvare

KLB - kronična ledvična bolezen; GF - glomerulna filtracija

Priporočilo - Ocena glomerulne filtracije (oGF)

Če kot metodo določanja kreatinina uporabimo modificirano Jaffejevo kinetično reakcijo kot v originalni enačbi MDRD (s faktorjem 186), so vrednosti oGF nad 60 ml/min/1,73 m² nezanesljive, zato jih podajamo kot > 60 ml/min/1,73 m², v nižjem območju pa kot izračunano vrednost.

Če kot metodo določanja kreatinina uporabljamo metodo, sledljivo do standarda (izotopska dilucijska masna spektrometrija - IDMS) in revidirano enačbo MDRD (s faktorjem 175), so vrednosti oGF zanesljiveše tudi v območju do 90 ml/min/1,73 m², zato jih lahko podajamo kot > 90 ml/min/1,73 m², v nižjem območju pa kot izračunano vrednost.

Opozorilo:

Na izračun oGF z MDRD-formulo vplivajo: spol, starost (velja v območju od 18 do 75 let), mišična masa, prehrana in zdravila.

GF določata ravnotežje hidrostatskih in koloidnoosmotskih sil, ki delujejo na kapilarno membrano glomerulov, ter kapilarni filtracijski količnik, produkt prepustnosti in filtracijske površine kapilar glomerula (7). Temeljna metoda za oceno GF je določitev očistka neke snovi (8). To je prostornina plazme, ki se v določeni časovni enoti očisti te snovi z izločanjem v seč (8). Očistek tako predstavlja zmogost ledvice, da odstrani določeno snov iz plazme in jo izloči s sečem (9). Zlati standard za oceno GF je očistek eksogenih substanc, kot so inulin, iohexol ter radioizotopi (⁵¹CrEDTA, ^{99m}TcDTPA in ¹²⁵I-jotalamat), ki se v telo vnašajo od zunaj (6). Težava pri uporabi teh sredstev je njihova aplikacija, zbiranje seča, cena, pri radiofarmakih pa še dejstvo, da so radioizotopni označevalci in jih zato pri istem bolniku ni možno pogosto uporabiti. V vsakdanji klinični praksi se za oceno GF najpogosteje uporablja serumska koncentracija kreatinina. Kreatinin v telesu nastaja kot presnovni produkt kreatina in fosfokreatina v mišičnem tkivu. Njegova prisotnost v serumu je odvisna od telesne mase in je zato serumska koncentracija v stacionarnem stanju relativno stalna, vendar odvisna od spola in starosti. Ker se kreatin nahaja tudi v beljakovinski hrani, tudi prehrana lahko vpliva na raven koncentracije kreatinina v serumu. Kreatinin se v glomerulih prosto filtrira, v proksimalnih tubulih pa se izloča. Izločanje kreatinina je aktivno in se povečuje sorazmerno s porastom serumskega kreatinina, dokler transportni mehanizem ni zasičen (10). Izločanje kreatinina iz tubulov lahko očistek kreatinina poveča za 10 do 20 odstotkov (11). Poznamo tudi številna zdravila (trimetoprim, cimetidin, amilorid itd.), ki zmanjšajo tubulno

izločanje kreatinina, kar zviša vrednost serumskega kreatinina in zniža očistek kreatinina (12). Serumska koncentracija kreatinina je zato relativno slab pokazatelj ledvičnega delovanja v zgodnjih stopnjah KLB.

Neustreznost serumskega kreatinina kot označevalca GF je lahko povezana tudi z laboratorijskim določanjem njegovih vrednosti. Kreatinin določamo v reakciji z alkalnim pikratom, z encimskimi reakcijami ali kromatografskimi metodami. Plinska oziroma tekočinska kromatografija (GC/LC) z izotopno dilucijsko masno spektrometrijo (IDMS) služi kot referenčna metoda in se uporablja v omejenem številu specializiranih laboratorijev.

Določanje kreatinina v reakciji z alkalnim pikratom (Jaffejeva metoda) uporabljamo v rutinskih laboratorijih. Mnoge endogene in eksogene snovi reagirajo s pikratom, zato je metoda slabo specifična. Odstotek interferirajočih snovi (15 do 25 odstotkov) je odvisen od izbrane izvedbe metode. Z različnimi postopki izvedbe, predvsem z optimiranjem kinetične meritve, lahko izboljšamo specifičnost metode.

Na osnovi primerjave velikega števila določitev kreatinina z encimsko metodo je možno uporabljati tudi t.i. kompenzirano Jaffejevo metodo. Bistvo te kompenzacije je v matematičnem odštevanju stalne koncentracije kreatinina (21-26 μmol/L) od izmerjene koncentracije kreatinina v celotnem merskem območju.

Encimske metode za določanje kreatinina so manj občutljive na interference kot Jaffejeve metode, njihova slaba stran pa je visoka cena.

Kromatografske metode, LC in GC, vezane na detekcijo kreatinina s pomočjo IDMS, so metode za določanje prave koncentracije kreatinina, saj se odlikujejo z odlično specifičnostjo in občutljivostjo (sd < 0,3 odstotka) (13).

Iz nacionalnih shem zunanje ocene kakovosti sta znani relativno velika pristranost in variabilnost metod določanja kreatinina. Z uveljavitvijo MDRD-formule kot priporočene načina ocenjevanja glomerulne filtracije je usklajeno – standardizirano določanje kreatinina postalo nujno potrebno. Ključni vpliv na standardizacijo določitve kreatinina ima izdelava in implementacija sekundarnega referenčnega materiala NIST SRM 967. Pripravljen je v dveh koncentracijskih območjih (pribl. 67 in 346 μmol/L kreatinina) in je komutabilen z nativnimi vzorci. Sekundarni referenčni material je že na razpolago proizvajalcem laboratorijske opreme in reagentov in omogoča sledljivost njihovih metod do IDMS-metod (14,

15). Razširjeno uporabo v proizvodnji lahko pričakujemo po letu 2008.

Očistek kreatinina je sicer boljši pokazatelj GF kot serumska koncentracija kreatinina, vendar zahteva 24-urno zbiranje seča, ki pogosto ni zanesljivo (12). Še posebej je zbiranje seča težavno pri otrocih in starostnikih. Tako pridobljena ocena GF je pogosto nezanesljiva.

S sprejetjem smernic K/DOQI so večji pomen dobile enačbe oz. formule za oceno GF, ki upoštevajo serumski kreatinin in nekatere spremenljivke, kot so starost, spol, rasa in površina telesa. S pomočjo enačb za izračun očistka kreatinina bi odpravili nekatere pomanjkljivosti, ki so znane pri oceni očistka iz serumske koncentracije kreatinina. Najpogostejši enačbi za oceno GF pri odraslih sta Cockcroft-Gaultova enačba in skrajšana enačba MDRD (Modification of Diet in Renal Disease) (tabela 3) (16, 17), za otroke in mladostnike pa Schwartzeva enačba (18). Enačba MDRD je sprva vključevala meritve serumskega kreatinina, sečnine, albuminov, starost, spol in raso bolnikov (17). Pozneje je prišla v uporabo poenostavljena enačba MDRD, ki od laboratorijskih meritev vključuje le vrednosti serumskega kreatinina, GF pa je podana na standardizirano telesno površino 1,73 m². Postala je splošno uporabljena v klinični praksi, najprej v ZDA, danes pa jo najdemo v vseh smernicah, ki obravnavajo GF in KLB (19). Z enačbami sicer lahko delno izničimo nekatere slabosti ocene GF iz serumskega kreatinina, vendar imajo tudi formule svoje pomanjkljivosti. Največja je prav gotovo nespecifičnost rutinskih metod določanja kreatinina (Jaffejeva reakcija). Prav tako je znano, da ocene niso potrjene pri dovolj velikem številu bolnikov v posameznih stopnjah KLB. Njihova dodatna slabost je tudi dejstvo, da izhajajo iz raziskav, v katere so vključeni ambulantni (nehospitalizirani) bolniki z določenimi antropometričnimi in demografskimi značilnostmi.

Danes številni laboratoriji sporočijo oceno GF avtomatsko hkrati z izmerjeno koncentracijo serumskega kreatinina. National Kidney Disease Education Program (NKDEP) priporoča poročanje ocene GF z numerično vrednostjo pri ocenjeni hitrosti glomerulne filtracije pod 60 ml/min/1,73m², višje vrednosti pa kot oceno GF nad 60 ml/min/1,73m² (20). To so povzele tudi številne smernice v različnih državah. Slabost takšne ocene je, da tako ne moremo ločiti med stopnjo 1 in stopnjo 2 KLB. Nekateri zato priporočajo, da najlaboratorij poleg numerične vrednosti sporoči tudi oceno GF med 60 in 90 ml/min/1,73m² (5, 21, 22), še posebej če kot metodo določanja kreatinina uporabljamo metodo,

Tabela 3. Enačbe za oceno glomerulne filtracije (16, 19, 20)

	ENAČBA
Cockcroft-Gaultova enačba	$[140 - \text{starost (leta)}] \times \text{telesna teža (kg)} / [0,815 \times \text{S-kr}]$ Pri ženskah rezultat pomnožimo z 0,85. S-kr = serumski kreatinin v $\mu\text{mol/L}$
Enačba MDRD	$186 \times (\text{S-kr}/88,4)^{-1,154} \times \text{starost (leta)}^{-0,203}$ Pri ženskah rezultat pomnožimo z 0,742; pri temnopoltih rezultat pomnožimo z 1,21. S-kr = serumski kreatinin v $\mu\text{mol/L}$
revidirana enačba MDRD	$175 \times (\text{S-kr}^{\text{IDMS}}/88,4)^{-1,154} \times \text{starost (leta)}^{-0,203}$ Pri ženskah rezultat pomnožimo z 0,742; pri temnopoltih rezultat pomnožimo z 1,21. S-kr = Serumski kreatinin v $\mu\text{mol/L}$

MDRD = Modification of Diet in Renal Disease

sledljivo do standarda (izotopska dilucijska masna spektrometrija - IDMS) in revidirano enačbo MDRD, vendar se je treba zavedati, da je točnost ocene v tem območju manjša.

Žal tudi ocena GF s pomočjo enačb ni idealna, zato v zadnjem času številni avtorji iščejo nove označevalce ledvične funkcije, med katerimi je trenutno najbolj preučevan serumski cistatin C.

Strokovni prispevek

Kombinirano zdravljenje benigno povečane prostate

Ciril Oblak

Benigno povečanje prostate (BPP)

Večanje prostate smo tradicionalno označevali z benigno hiperplazijo prostate (BHP). Nova terminologija priporoča drugačno označevanje, in sicer benigno povečanje prostate (BPP). Nov naziv naj ne bi vnaprej določil histološke slike bolezni (hiperplazija), ampak le večanje žleze, ki ga največkrat povezujemo tudi s simptomi spodnjih sečil oziroma mokrenja. BPP je dokaj pogosta, progresivna, nerakava rast prostate, ki se največkrat kaže po 50. letu starosti moškega in prizadene najmanj enega od štirih moških med 50. in 60. letom starosti. Raziskave so pokazale, da imajo moški, ki imajo prostato veliko 30 ml ali več in vrednost serumskega PSA 1,5 ng/ml ali več, pomembno zvečano tveganje, da bodo dobili moteče simptome spodnjih sečil, ki lahko v skrajnih primerih tudi zvečajo tveganje za okvaro ledvične funkcije.

Zdravljenje BPP

Sodobno zdravljenje BPP ima v bistvu več ciljev. Najpomembnejša sta dva, to je preprečitev akutne zapore seča in zmanjšanje tveganja za operacijo prostate. Pomemben cilj je tudi zmanjšanje simptomov spodnjih sečil in na ta način izboljšanje kakovosti življenja.

Zastavljene cilje je moč doseči le takrat, kadar z ustreznim zdravljenjem BPP pričnemo pravočasno, čeprav se dostikrat lahko vprašamo, ali je zdravljenje res že potrebno. (Pre)pozen pričetek zdravljenja ima lahko za posledico spremembe na sečniku, ki so ireverzibilne, kot je na primer nadomeščanje mišičnega tkiva s kolagenom, trganje povezav med posameznimi snopi mišic in spremembe v oživčevju stene sečnega mehurja. Odložen začetek zdravljenja ima lahko za posledico tudi slabši rezultat sicer ustreznega zdravljenja BPP.

Sodobno zdravljenje BPP je kombinacijsko. Največkrat v ta namen uporabljamo zaviralec 5 α -reduktaze in zaviralec alfa adrenergičnih receptorjev, ki naj bi bil po možnosti čim bolj selektiven za receptorje α 1a, ki so v vratu sečnika in stromi prostate.

Dutasterid (avodart) je zdravilo za zdravljenje BPP, ki deluje na oba tipa izoencima 5 α -reduktaze (tip 1 in tip 2), kar zavira pretvorbo testosterona v primarni moški hormon, dihidrotestosteron. Zaviralni učinek omogoča zaustavitev v rasti prostate in njeno postopno zmanjševanje. Posledica je dolgotrajno izboljšanje simptomov ter zmanjšanje tveganja za zaplete pri BPP. Izboljšanje simptomov ni takojšnje, ampak nastopi po nekaj tednih oziroma mesecih.

Tamsulozin je selektivni zaviralec receptorjev α 1a, ki omogoča hitro lajšanje simptomov spodnjih sečil, tako da zmanjša tonus gladkih mišic v prostati in vratu sečnega mehurja, vendar poleg tega lahko obstajajo tudi drugi mehanizmi delovanja.

Raziskava CombAT

V raziskavi CombAT (**Combination of Avodart and Tamsulosin opazujejo 4844 moških z BPP** z zmernimi do hudimi simptomi (IPSS \geq 12), prostornino prostate \geq 30 ml in koncentracijo PSA \geq 1,5 ng/ml. Moške bodo zdravili štiri leta z dutasteridom in tamsulozinom kot samostojnima učinkovinama in v kombinaciji. Raziskava je randomizirana, dvojno slepa, multicentrična (446 raziskovalcev v 35 državah) z vzporednimi skupinami, ki preučuje učinkovitost in varnost dvojnega inhibitorja 5 α -reduktaze, dutasterida (0,5 mg) in zaviralca receptorjev α 1a, tamsulozina (0,4 mg). **Dveletni** rezultati raziskave CombAT so pokazali, da je zdravljenje s kombinacijo omogočilo pomembno večje in vztrajno izboljšanje simptomov, pretoka urina in kakovosti življenja kot posamezna monoterapija. Kombinacija zdravil je pokazala tudi pomembno večje in vztrajno izboljšanje simptomov BPP v primerjavi s samostojnim dutasteridom od tretjega meseca naprej

in v primerjavi s tamsulozinom od devetega meseca naprej. To je prvi primer kombinirane zdravljenja, ki omogoča večje izboljšanje simptomov BPP kot posamezna monoterapija v manj kot letu dni.

Čeprav so bili pri kombinaciji neželeni učinki, povezani z zdravilom, pogostejši, je bil odstotek prekinitve raziskave zaradi neželenih učinkov majhen v vseh skupinah (≤ 5 odstotkov). Potrebno bo počakati še nekaj časa, da bomo izvedeli tudi, kakšni bodo rezultati po štirih letih zdravljenja in kakšni bodo rezultati glede zmanjšanja možnosti za pojav raka prostate.

Kombinirano zdravljenje BPP s kombinacijo

zaviralcev 5 α -reduktaze in selektivnih zaviralcev receptorjev alfa je v Evropi in tudi v Sloveniji sicer uveljavljen princip zdravljenja. Prednost kombinacije avodarta s tamsulozinom je, kot rečeno, razmeroma hitro izboljšanje simptomov in ostalih standardnih parametrov, nova kakovost bo fiksna kombinacija obeh zdravil v eni kapsuli (duodart).

Literatura je dosegljiva pri avtorju.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prim. doc. dr. Ciril Oblak, dr. med., avtor članka Kombinirano zdravljenje benigno povečane prostate, predvidenega za

objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na prošnjo podjetja GlaxoSmithKline, ki bo v isti številki oglaševal svoj izdelek, ki se je izkazal v raziskavah kot učinkovit pri zdravljenju benigno povečane prostate. Moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil, ki bi se kakor koli nanašala na izdelek GSK in je pregled znanstveno potrjenih dejstev o vlogi zaviralca 5 α -reduktaze dutasterida v kombinaciji z zaviralcem receptorjev alfa tamsulozinom pri zdravljenju benigno povečane prostate.

Strokovni prispevek

Črevesna mikroflora, funkcionalne motnje prebavil in možnosti njihovega zdravljenja s probiotiki

Rok Orel

Funkcionalne motnje prebavil

Zdravniki smo vajeni, da pri bolniku, ki navaja simptome, iščemo bolezn, kot so okužbe, vnetja, strukturne nepravilnosti in malignomi. Le pravilna diagnoza nam omogoča učinkovito zdravljenje, po možnosti vzroka in ne le posledic, simptomov. Vendar v veliko primerih strukturnih bolezn ne moremo najti in takrat postavimo diagnozo funkcionalne motnje. Epidemiološke raziskave so pokazale, da so številni simptomi, kot bolečina v trebuhu, slabost, bruhanje, napihnjenost, driska in zaprtje, bolj pogosto posledica motene funkcije prebavil, kot pa njihove organske obolenosti. Zato je skupina strokovnjakov že pred dvema desetletjema pričela z dejavnostmi, znanimi pod imenom rimski proces, z namenom, da bi bolje opredelila izvor funkcionalnih motenj prebavil (FMP), njihov vpliv na bolnikovo življenje, racionalne diagnostične algoritme in učinkovite metode zdravljenja. Ključnega pomena za raziskovalno in klinično delo je klasifikacija teh motenj. Odločili so se, da je najučinkovitejša klasifikacija, ki temelji na skupinah simptomov in na delu prebavil, katerega motena funkcija

te simptome verjetno povzroča. Zaradi novih spoznanj sta prvi klasifikaciji sledili še druga in tretja. Slednja deli FMP pri odraslih v šest kategorij glede na izvor: funkcionalne motnje požiralnika (kategorija A), želodca in dvanajstnika (kategorija B), črevesa (kategorija C), sindrom funkcionalne bolečine v trebuhu (kategorija D), funkcionalne motnje žolčnika in Oddijevega sfinktra (kategorija E) ter funkcionalne motnje danke in zadnjika (kategorija F). Pri otrocih so razdelili FMP najprej glede na starost bolnikov na tiste pri dojenčkih in malčkih do petega leta starosti (kategorija G) in tiste pri starejših otrocih in mladostnikih (kategorija H) ter šele nato glede na skupine simptomov. Veljavna klasifikacija FMP je natančno prikazana v **tabelah 1 in 2**.

Dostikrat je simptome posameznega bolnika težko razvrstiti le v eno od naštetih kategorij, saj se funkcionalne motnje med seboj prepletajo. Takrat se odločamo glede na najbolj moteče, vodilne simptome. Ugotovili so, da FMP pogosto spremljajo organske bolezn ali pa so njihova posledica. Kot primere naj navedem, da se ena najpogostejših funkcionalnih motenj, sindrom razdražljivega črevesa, pri približno tretjini

bolnikov pojavi po preboleli akutni črevesni infekciji in da imajo bolniki s kroničnimi vnetnimi črevesnimi boleznimi bistveno bolj pogosto tudi sindrom razdražljivega črevesa kot zdravi ljudje ter da jim slednji lahko povzročata celo več težav kot osnovna bolezen. Takšna opazovanja lahko razumemo, če upoštevamo ugotovitve raziskav vzrokov pojava FMP.

Osnovo večine FMP predstavljajo visceralna preobčutljivost, motnje gibljivosti prebavil, motnje v delovanju t.i. »osi možgani črevo«, na katero vplivajo tudi številni psihološki in družbeno-kulturni dejavniki, ter motena črevesna imunska funkcija z vnetjem nizke aktivnosti. Znanstveniki so ugotovili, da imajo lahko celo nekateri genetski dejavniki pomemben vpliv na možnost za pojav FMP. Tako so pri nekaterih bolnikih s sindromom razdražljivega črevesa našli dedno pogojeno znižano produkcijo protivnetnih citokinov ter polimorfizme genov, ki vplivajo na izločanje živčnih prenašalcev, kot so 5-hidroksi-triptamin (5-HT), g-protein, ali receptorjev zanje, npr. α 1-adrenoreceptorja. Odkrili so tudi motnje v delovanju hipotalamično-hipofizno-adrenalne osi.

Psihosocialni dejavniki so pomemben mo-

dulator, ki vpliva na delovanje prebavil. Znano je, da psihični stres poveča simptome s strani prebavil in hkrati vpliva na naše dožemanje teh simptomov in na reakcije nanje. Ob stresu sta večja tako visceralna občutljivost kot tudi motorični odziv na zunanje dražljaje. Z različnimi slikovnimi preiskovalnimi tehnikami, kot sta npr. pozitronska emisijska tomografija in funkcionalna magnetna resonanca, so znanstveniki odkrili, da so pri ljudeh s FMP lahko nekateri možganski predeli bolj ali manj aktivni kot pri zdravih posameznikih. Številni neuropeptidi, kot so 5-HT, enkefalini, agonisti opioidnih receptorjev, substanca P, holecistokinin, nevrokinin, antagonist kortikotropin sproščajočega hormona itd., so aktivni tako v osrednjem kot v črevesnem živčevju. Pa tudi same FMP lahko vplivajo na bolnikovo psiho, splošno počutje in zmožnost za različne aktivnosti, se pravi na kakovost življenja.

Vnetje sluznice in živčnih pletežev v prebavilih je pogosta najdba pri bolnikih s FMP. Pri polovici bolnikov s sindromom razdražljivega črevesa so odkrili povečano število vnetic in vnetnih citokinov v črevesni sluznici. Vnetni dejavniki pomembno vplivajo na delovanje črevesnega živčnega sistema, s tem pa na senzorično in motorično funkcijo prebavil.

Vsa ta spoznanje kažejo, da stroga delitev na organske bolezni in funkcionalne motnje prebavil ni upravičena. V organskih boleznih odkrivamo vedno bolj pomembno funkcionalno komponento in obratno. Oboroženi s tem znanjem smo na dobri poti k iskanju učinkovitih načinov zdravljenja, ki vključuje osveščanje bolnika, prehransko zdravljenje in spremembo načina življenja, psihosocialno podporo ter v hujših primerih zdravljenje z zdravili.

Vloga črevesne bakterijske mikroflore pri funkcionalnih motnjah prebavil

Črevesna bakterijska mikroflora z desetkrat večjim številom celic, kot je vseh eukariotskih celic našega organizma, in maso enega in pol do dveh kilogramov ne predstavlja le največjega presnovnega »organa« našega telesa, ampak poleg hrane tudi najpomembnejši okoljski dejavnik v našem organizmu. Njena sestava pomembno vpliva na zdravje in pojav številnih bolezni. Med več kot petsto znanimi bakterijskimi vrstami, ki jih najdemo v človeških prebavilih, imajo nekatere koristne, druge pa škodljive učinke. Številni produkti bakterijske presnove snovi iz hrane, ki jih naš organizem s svojimi prebavnimi encimi ne more razgraditi, so pomembni za normalno črevesno funkcijo. Tako na primer

kratkoverižne maščobne kisline, kot so butirat, laktat in propionat, ki nastanejo s presnovo neprebavljivih ogljikovih hidratov, predstavljajo glavno hrano epitelnih celic širokega črevesa. Visoka koncentracija teh maščobnih kislin vpliva tudi na znižanje pH v črevesu, kar preko senzornih poti v črevesnem živčnem sistemu povečuje črevesno gibljivost.

Pri bakterijski presnovi nastajajo tudi plini, kot so vodik, amonijak, metan in žveplov dioksid. Velika tvorba plinov lahko vodi v napihnjenost črevesa in pojav vetrov. Nekateri od njih delujejo celo toksično na črevesno sluznico. Vendar pa cela vrsta črevesnih bakterij pline tudi razgrajuje. Poleg tega prevlada »koristnih« bakterijskih vrst zmanjšuje možnost za rast in razmnoževanje saprofitnih in patogenih bakterij. Bakterije v črevesnem ekosistemu ves čas tekmujejo med seboj za življenjski prostor, hrano in mesta pritrjanja na črevesno sluznico. Pri tem izločajo za druge bakterije škodljive, antibiotikom podobne snovi, pa tudi sodelujejo s črevesnim imunskim sistemom, ki je sposoben razločevati lastno neškodljivo bakterijsko mikrofloro od morebiti škodljivih vrst, ki pridejo v organizem iz okolja.

Znano je, da predstavlja bakterijska mikroflora pomemben dejavnik črevesne pregrade, ki onemogoča vstop patogenim mikroorganizmom in škodljivim snovem iz hrane v organizem. Raziskave kažejo, da med črevesnimi bakterijami in črevesnim epitelom poteka nenehna komunikacija. Bakterije vplivajo na ekspresijo posameznih genov in s tem na proizvodnjo različnih snovi v enterocitih. Ugotovili so, da ima sestava črevesne mikroflore odločilno vlogo pri proizvodnji mucinov, ki tvorijo obrambni sluzni plašč med črevesno vsebino in črevesno povrhnjico, in na izločanje defenzinov, nespecifičnih obrambnih dejavnikov črevesne sluznice, ki preprečujejo vdor patogenih mikroorganizmov.

Črevesne bakterije so ključni dejavnik pri zorenju in uravnavanju delovanja črevesnega imunskega sistema. Pri poskusnih živalih, ki so bile od rojstva gojene v sterilnih okoliščinah, se imunski sistem sploh ni razvil. Ena prevladujočih hipotez, ki poskuša razložiti velik porast alergijskih in avtoimunih bolezni v razvitem svetu v zadnjih desetletjih, je higienska hipoteza, ki predvideva, da te bolezni nastanejo zaradi nepopolne kolonizacije prebavil z ubikvitarnimi mikroorganizmi iz okolja, ki je posledica pretirano »sterilnih« življenjskih razmer sodobnega človeka od rojstva dalje. Raziskave kažejo, da so celo nekatere klasične »idiopatske« vnetne črevesne bolezni, kot sta Crohnova bolezen in ulcerozni kolitis, verjetno posledica nenormal-

nega črevesnega imunskega odziva na črevesno mikrofloro.

Za pojav simptomov FMP, predvsem tistih črevesnih, so značilne povečana občutljivost črevesnega živčevja na dražljaje (kemične, mehanske), povečana ali zmanjšana gibljivost črevesa in neredko povečana tvorba plinov v črevesu. Preko svojih presnovnih, imunoregulatornih in drugih vplivov lahko črevesna mikroflora pomembno vpliva na pojav, pa tudi na zmanjšanje teh simptomov. Ugotovili so, da imajo bolniki s sindromom razdražljivega črevesa manjši delež populacije koliformnih bakterij, laktobacilov in bifidobakterij kot zdravi ljudje. Pri osebah s funkcionalnimi motnjami, pri katerih prevladujejo napihnjenost in vetrovi, so našli povečano koncentracijo bakterijskih rodov, ki proizvajajo črevesne pline, kot sta *Clostridium* in *Enterobacteriaceae*. Po drugi strani pa so odkrili, da kolonizacija črevesa z laktobacili zmanjšuje število bakterij, ki proizvajajo plin.

Iz teh opazovanj sledi sklep, da je lahko spremenjeno razmerje med »koristnimi« in »škodljivimi« bakterijskimi vrstami v črevesni mikroflori, t. i. dizbijoza, pomemben dejavnik pri pojavu nekaterih FMP in da bi lahko z vplivanjem na sestavo bakterijske mikroflore pomembno zmanjšali simptome teh motenj.

Zdravljenje FMP s probiotiki

Na sestavo črevesne mikroflore lahko vplivamo na več načinov: z antibiotiki, s prehrano in z uživanju zdravju koristnih bakterij – probiotikov. Antibiotiki selektivno uničijo občutljive vrste bakterij in omogočijo razrast rezistentnih. V praksi, razen v izjemnih primerih, to ne vpliva ugodno na črevesno zdravje, saj so med bakterijami, ki se razrastejo, pogosto tudi zdravju škodljivi rodovi, npr. klostridiji, kar lahko povzroči pojav driske.

Določena živila, predvsem z našimi prebavnimi encimi neprebavljivi ogljikovi hidrati, lahko ugodno vplivajo na sestavo črevesne mikroflore. Hranila, ki selektivno spodbujajo rast in aktivnost zdravju koristnih bakterijskih vrst, imenujemo prebiotiki. Ugotovili so, da uporaba prebiotikov povečuje delež bifidobakterij in laktobacilov ter pospešuje tvorbo kratkoverižnih maščobnih kislin, ki ugodno vplivajo na črevesno sluznico. Poleg tega znižajo pH črevesne vsebine, kar spodbudi peristaltiko in s tem lajša simptome pri funkcionalnih motnjah, pri katerih prevladuje zmanjšana črevesna gibljivost. Tudi zvečana celotna masa črevesnih bakterij preko raztezanja črevesa refleksno spodbudi peristaltiko. Vendar pa lahko hkrati vpliva na nelagodne občutke v trebuhu.

Vrsta kakovostnih kliničnih raziskav je dokazala, da lahko nekateri probiotiki učinkovito zmanjšajo količino in težo simptomov pri črevesnih FMP. Pomembno je poudariti, da je učinek probiotikov specifičen, vezan na določeno vrsto in celo sev bakterij. Tako je lahko neka probiotična bakterija, katere učinkovitost je dokazana pri zdravljenju akutne infekcijske driske, povsem neučinkovita pri odpravljanju simptomov FMP. Zato je potrebno učinkovitost vsakega seva dokazati s kliničnimi raziskavami. Pomemben je tudi odmerek probiotika, se pravi število živih bakterij v živilu ali preparatu, ki ga bolnik zaužije. Zato je nujno, da je učinkovito število probiotičnih bakterij zagotovljeno preko celotnega roka trajanja preparata, da gre za bakterije, ki so sposobne preživeti prehod skozi »negostoljubne« dele prebavil, kot sta želodec in dvanajstnik, in se po možnosti vsaj za nekaj časa nastaniti v črevesu.

Največ kakovostnih dvojno slepih s placebom kontroliranih kliničnih raziskav na področju uporabe probiotikov za zdravljenje FMP je bilo narejenih pri sindromu razdražljivega črevesa. Vendar se je kot resnično učinkovitih izkazalo relativno majhno število probiotikov. Dokazali so, da ti probiotiki po določenem obdobju jemanja zmanjšajo ali celo povsem odpravijo simptome. Pri bolnikih, ki so imeli težave z zaprtjem, so ugotovili povečanje števila iztrebljanja, zmanjšanje trdote blata in izboljšanje težav ob iztrebljanju. Objektivna merjenja časa prehoda črevesne vsebine z dihalnimi testi (čas prehoda od ust do konca ozkega črevesa) in z radiopačnimi označevalci (čas prehoda skozi različne dele širokega črevesa) so pokazala, da se je čas prehoda pri bolnikih z upočasnjem prehodom bistveno skrajšal, medtem ko pri ljudeh z normalno hitrostjo prehoda ni bilo zaznati razlik.

Pri številnih bolnikih s sindromom razdražljivega črevesa je napihnjenost trebuha, ki uplahne preko noči in nato poraste preko dneva, kar se lahko pozna na obsegu trebuha tudi do 15 cm, najbolj moteč simptom. Z uporabo nekaterih probiotikov so se pomembno zmanjšali ne le občutek napihnjenosti in količina vetrov, ampak tudi z indukcijsko pletizmografijo objektivno izmerjena nihanja v obsegu trebuha.

Za razliko od kontrolnih skupin so preiskovanci, ki so uživali izbrane probiotike, navajali zmanjšanje količine bolečin v trebuhu in izboljšanje z zdravstvenim stanjem povezane kakovosti življenja. Zanimivo je, da so v nekaterih raziskavah spremljali tudi trajanje učinka probiotikov in ugotovili, da so tudi leto dni po prenehanju jemanja probiotikov simptomi

sindroma razdražljivega črevesa manj pogosti in blažji kot pri preiskovancih, ki so jemali placebo.

Zato lahko zaključimo, da je uživanje izbranih in klinično preizkušenih probiotikov eden izmed varnih in učinkovitih načinov lajšanja simptomov nekaterih, predvsem črevesnih, funkcionalnih motenj prebavil.

Tabela 1: 3. rimska klasifikacija funkcionalnih motenj prebavil pri odraslih

- A. Funkcionalne motnje požiralnika
 - A1. Funkcionalna zgaga
 - A2. Funkcionalna bolečina v prsnem košu z verjetnim poreklom v požiralniku
 - A3. Funkcionalna disfagija
 - A4. Globus
- B. Funkcionalne motnje želodca in dvanajstnika
 - B1. Funkcionalna dispepsija
 - B1a. Sindrom nelagodja po hranjenju
 - B1b. Sindrom bolečin v žlički
 - B2. Motnje s spahovanjem
 - B2a. Aerofagija
 - B2b. Nespecifično prekomerno spahovanje
 - B3. Motnje s slabostjo in bruhanjem
 - B3a. Kronična idiopatska slabost
 - B3b. Funkcionalno bruhanje
 - B3c. Sindrom cikličnega bruhanja
 - B4. Sindrom ruminacije pri odraslem
- C. Funkcionalne motnje črevesa
 - C1. Sindrom razdražljivega črevesa
 - C2. Funkcionalna napihnjenost
 - C3. Funkcionalno zaprtje
 - C4. Funkcionalna driska
 - C5. Neopredeljene funkcionalne motnje črevesa
- D. Sindrom funkcionalnih bolečin v trebuhu
- E. Funkcionalne motnje žolčnika in Oddijevega sfinktra
 - E1. Funkcionalne motnje žolčnika
 - E2. Funkcionalne motnje biliarnega dela Oddijevega sfinktra
 - E3. Funkcionalne motnje pankreatičnega dela Oddijevega sfinktra
- F. Funkcionalne motnje danke in zadnjika
 - F1. Funkcionalna inkontinenca blata
 - F2. Funkcionalne bolečine v danki in zadnjiku
 - F2a. Kronična proktalgija
 - F2a1. Sindrom levator ani

- F2a2. Neopredeljena funkcionalna bolečina v danki in zadnjiku
- F2b. Proktalgija fugax
- F3. Funkcionalne motnje iztrebljanja blata
- F3a. Neuskaljeno (disinergično) iztrebljanje
- F3b. Nepopolno iztrebljanje blata

Tabela 2: 3. rimska klasifikacija funkcionalnih motenj prebavil pri otrocih in mladostnikih

- G. Funkcionalne motnje prebavil pri dojenčkih in malčkih*
 - G1. Regurgitacija dojenčka
 - G2. Sindrom ruminacije pri dojenčku
 - G3. Sindrom cikličnega bruhanja
 - G4. Kolike dojenčka
 - G5. Funkcionalna driska
 - G6. Dishezija
 - G7. Funkcionalno zaprtje
- H. Funkcionalne motnje prebavil pri otrocih in mladostnikih
 - H1. Bruhanje in aerofagija
 - H1a. Sindrom ruminacije pri najstniku
 - H1b. Sindrom cikličnega bruhanja
 - H1c. Aerofagija
 - H2. Funkcionalne motnje z bolečinami v trebuhu
 - H2a. Funkcionalna dispepsija
 - H2b. Sindrom razdražljivega črevesa
 - H2c. Trebušna migrena
 - H2d. Funkcionalna bolečina v trebuhu pri otroku
 - H2d1. Sindrom funkcionalne bolečine v trebuhu
 - H3. Zaprtje in inkontinenca blata
 - H3a. Funkcionalno zaprtje
 - H3b. Inkontinenca blata brez zaprtja

*Otroci do dopolnjenega 5. leta starosti

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani doc. dr. Rok Orel, dr. med., avtor članka Črevesna mikroflora, funkcionalne motnje prebavil in možnosti njihovega zdravljenja s probiotiki, predvidenega za objavo v reviji *Isis*, izjavljam, da sem članek napisal na prošnjo podjetja Danone, ki bo v isti številki oglaševal svoj izdelek, ki se je izkazal v raziskavah kot učinkovit pri lajšanju simptomov sindroma razdražljivega črevesa. Vendar pa moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil, niti neposrednih navedb, ki bi se kakor koli nanašale na Danonejev izdelek, in je pregled znanstveno potrjenih dejstev o vlogi črevesne mikroflоре pri funkcionalnih motnjah prebavil in o zdravljenju teh motenj s probiotiki. ■

Slovenski konsenz o menopavzni medicini

Ptuj, 14. in 15. november 2008

Damir Franić

Simpoziji v organizaciji Slovenskega menopavznega društva počasi postajajo »brand«, zlasti kar zadeva slovenski prostor. Nudijo vse tisto, kar simpozij naredi dober: svežino idej, odlične predavatelje in sporočilo.

Najstarejše slovensko mesto Ptuj, rimska Petoviona, je bilo gostitelj simpozija z naslovom Slovenski konsenz o menopavzni medicini, ki je potekal 14. in 15. novembra 2008 v Grand hotelu Primus. Simpozij se je pričel s kulturnim programom – nastopom vokalne skupine Vivere. Sledile so uvodne besede predsednice Slovenskega menopavznega društva (SMD) prof. dr. Helene Meden Vrtovec, in zahvala asist. dr. Damira Franića profesorici Meti Hren Božič kot eni od ustanoviteljic SMD, Boženi Krušič za dolgoletno delo in pomoč ter prof. dr. Elku Borku, ki je s prof. dr. Janezom Prežljem napisal uvodno besedo zbornika.

Spomladi leta 2002 je bila predčasno zaključena ena veja (estrogen + progestagen) največje prospektivne randomizirane študije Women's Health Initiative (WHI), in sicer po petih letih. Razlog je bil nepričakovan porast tveganja za srčno-žilne bolezni in rak na dojki v petem letu študije. Rezultati so prišli v medije prej kot v strokovno literaturo, kar je povzročilo preplah tako v zdravniških vrstah kot v laični populaciji. Prišlo je do drastičnega padca v uporabi hormonskega nadomestnega zdravljenja (HNZ) po vsem svetu, in sicer za 30 do 50 odstotkov. Od takrat do danes se je na vseh strokovnih srečanjih tako doma kot v tujini poskušalo razložiti, kaj je pravzaprav študija WHI povedala in ali so bile storjene napake v načrtovanju in izvedbi študije.

V SMD smo zaključili, da je po šestih letih napočil čas za prvi slovenski konsenz o menopavzni medicini, na katerem smo na podlagi hierarhije dokazov iz svetovne literature pripravili strokovni simpozij. Posebnost tega simpozija je bila v tem, da so bili k sodelovanju povabljeni

strokovnjaki drugih, neginekoloških strok, ki se znotraj svojih specialnosti še dodatno ukvarjajo s problematiko pomenopavznega obdobja. To je konsenzu dalo dodatno širino in razširjen zorni kot gledanja na ciljno problematiko. Konsenzu je bila v celoti posvečena posebna številka Zdravniškega vestnika, za katero so vsi avtorji napisali prispevke, upoštevajoč hierarhijo dokazov iz svetovne literature. Hkrati so bili članki ustrezno recenzirani s strani dveh izkušenih in priznanih strokovnjakov: prof. dr. Elka Borka, dr. med., in prof. dr. Janeza Prežlja, dr. med.

Simpozij je bil razdeljen na dva dela: v petek, 14. novembra, in v soboto dopoldan, 15. novembra, so potekala vabljenjena plenarna predavanja, ki so posredovala z dokazi podprte izsledke iz svetovne literature, in trije mini simpoziji glavnih sponzorjev srečanja: Bayer Schering Pharma, Sanofi Aventis in Eli Lilly. V soboto popoldan je bila na programu interaktivna delavnica in predlog konsenza.

Prof. Helena Meden Vrtovec je odprla simpozij z zgodovinskim pregledom odnosa do problema menopavze skozi stoletja in zaključila z raziskovalnimi študijami, ki so zaznamovale odnos do HNZ. Sledilo je predavanje avtorja tega prispevka, ki je razložil, kakšne so hormonske terapevtske možnosti v obdobju perimenopavze in v pomenopavznem obdobju. Zelo nazorno je pokazal, kaj pomeni individualizacija v pristopu do HNZ. Zakaj je danes v menopavzi potreben partnerski odnos zdravnik - ženska, ki pripelje do skupne odločitve o tem, kakšen ukrep je za posameznico zagotovilo, da se bo kakovost nje-nega življenja izboljšala. Nadaljevala je predsednica SMD o NHZ z androgeni v pomenopavzi. Nekatere ženske imajo v pomenopavzi izrazite težave z libidom, za katerega bi bil odgovoren androgeni primanjkljaj. Ali problem libida, ki je večplasten problem, odtehta uporabo androgenov, ki imajo poleg koristnih tudi nekatere stranske učinke, strokovna literatura ni jasno opredelila. Dosedanje raziskovalno in klinično delo še ni odgovorilo na vprašanje: Koga zdraviti, kdaj, zakaj in koliko časa naj se uporabljajo androgeni v pomenopavzi.

Po objavljenih izsledkih študije WHI je drastično upadla poraba HNZ, hkrati pa se je povečala uporaba naravnih zdravil, ki delujejo kot fito-selektivni modulatorji estrogenskih receptorjev. Zato je imela Lucija Vrabčič Dežman nalogo razložiti, kakšna je dejanska učinkovitost nekaterih zdravil, ki se uporabljajo predvsem za lajšanje klimakteričnih težav v perimenopavzalnem obdobju. Izpostavila je razliko med prehranskimi dopolnili, ki imajo v svoji sestavi nejasne koncentracije fitoestrogenov, in naravnim zdravilom, kot je cimicifuga racemosa (grozdnata svetilka). To naravno zdravilo je dobro raziskano v številnih študijah, ki so mu nedvomno dale prednost pri naravnem zdravljenju v peri- in pomenopavzi. Posebno mesto ima kot zdravilo izbora pri ženskah, ki trpijo za hudimi klimakteričnimi težavami po operaciji raka na dojki.

Branka Žegura je ponovno opozorila na pomen dodajanja gestagenov pri ženskah, ki imajo maternico. Sočasno je izpostavila različne sheme dodajanja progestagenov v posameznem obdobju reproduktivnega staranja ženske in njihov vpliv na endometrijo.

Barbara Gužič Salobir je kot kardiologinja jasno razložila, kaj se fiziološko dogaja na ožilju pri ženski, ki se stara, in zakaj HNZ zgodaj v menopavzi pomeni »okno priložnosti« za preventivo pred srčno-žilnimi boleznimi. Nina Vene je izpostavila način uporabe HNZ (transdermalno namesto peroralnega), ki zmanjša incidenco venskih tromboembolizmov. Tveganje je največje v prvem letu uporabe in pri starejših ženskah. Pomembno je izpostaviti, da je ravno venska tromboembolija najpogostejši stranski učinek HNZ, pa vendar še vedno zelo redek (3 na 1000 žensk, ki uporabljajo NHZ v obliki tablet).

Ob kosilu je Bayer Schering Pharma pripravila odličen androloški simpozij iz treh razglednih zornih kotov: urolog prof. Tršinar je spregovoril o erektilni disfunkciji kot posledici pomanjkanja testosterona, predvsem pa o tem, ali dodajanje testosterona povzroča ali celo zmanjša incidenco raka na prostati. Doc. Kocjan je razložil, kje so

laboratorijske meje, ki terjajo zdravljenje s testosteronom, doc. Pfeifer pa je opozorila na to, da je metabolni sindrom v povezavi z zmanjšanjem testosterona, hkrati pa dodala, da dodajanje testosterona zniža inzulinsko rezistenco in izboljša glikemične parametre.

V popoldanskem delu je Tomaž Kocjan zelo jasno povedal, kjer je danes mesto HNZ pri zdravljenju osteoporoze. Estrogen je praktično enako učinkovit tako pri vretenčnih kot nevre-

tenčnih zlomih, žal pa se ga mora jemati brez prekinitve, ker se njegovo nalaganje v kosti po prenehanju uporabe ustavi. Ker imamo danes dovolj učinkovitih anti-resorptivnih zdravil za preprečevanje in zdravljenje osteoporoze zlasti v dobi po 65. letu starosti, se HNZ v teh letih pri osteoporozi ne uporablja več.

Petkovo strokovno dogajanje je zaključilo podjetje Sanofi Aventis, ki je skozi predavanje prof. Prežlja in doc. Janija Pečarja predstavilo

nove terapevtske možnosti celostnega zdravljenja osteoporoze. Sledila je svečana večerja ob odlični plesni glasbi, ki nam je pomagala porabiti z večerjo pridobljene kalorije.

V soboto smo prosili dr. Ivana Verdenika, strokovnjaka za statistiko na UGK v Ljubljani, da nam razloži, na kaj moramo biti pozorni, ko beremo randomizirane študije, kje so bile napake v oblikovanju študije WHI in kakšna je razlika med relativnim (RR) in absolutnim (AR) tveganjem, ko gre za klinično prakso.

Na dejstvo, da živimo in delujemo v stoletju genetike, nas je še enkrat opozorila prof. Geršak. Ker med posamezniki obstajajo precejšnje razlike v metabolnih poteh estrogena in katehol estrogena, obstajajo tudi individualne razlike v izpostavljenosti tveganju za rak dojke. Ravno informacije o genskih polimorfizmih vsakega posameznika odtehtajo koristi in tveganja HNZ.

Sonja Bebar z Onkološkega inštituta je ponovno opozorila, da je tveganje za rak dojke prisotno tudi brez HNZ. Šele po petih letih uporabe tveganje pri uporabnicah HNZ presega tveganje pri neuporabnicah HNZ, in sicer je pet primerov več odkritih rakov dojk na 10.000 žensk v enem letu. Po drugi strani imajo debele ženske z več kot 20 kg nad povprečjem za leta v istem 5-letnem obdobju 45 primerov raka dojke na 10.000 žensk v enem letu! V tej luči moramo primerjati tveganje za nastanek raka na dojki pri uporabnicah HNZ.

HNZ je poleg sistemskega delovanja izrazito uspešno zlasti pri lokalnem zdravljenju urogenitalne atrofije. Na to nas je še enkrat opozoril doc. dr. Lukanovič, ko je predstavil zaključke slovenske opazovalne raziskave z lokalnim estrogenskim zdravljenjem – vagifemom. Kljub temu, da ni randomiziranih raziskav o predoperativni uporabi lokalnega estrogenskega zdravljenja in vplivu na celjenje ran, je zaradi vpliva estrogena na prekrvavitev lokalnega tkiva pooperativno celjenje ran boljše in hitreje. Zato je lokalno zdravljenje z estrogenom smiselno zlasti po operaciji. O tem je govoril doc. dr. Matija Barbič.

O spolnosti se na splošno težko odkrito pogovarjamo, še težje se je o spolnosti pogovarjati v pomenopavzalnem obdobju. Zato nas je prof. dr. Slavko Zihelr popeljal skozi zgodbo o partnerskem odnosu, ki največ šteje zlasti v pomenopavzalnem obdobju. Pa čeprav je jasen sončni dan še tako čudovit, sončni zahod kot metaforični prikaz pomenopavzalnega obdobja večkrat v nas prebudi prav posebna čustva, ki

Slovenski konsenz o menopavzalni medicini, sprejet na sestanku na Ptuj, 15. november 2008

HNZ, Estrogen in progesterin

- HNZ naj se uporablja v čim manjšem, še učinkovitem odmerku.
- HNZ naj se uporablja prilagojeno individualnim potrebam posameznice.
- HNZ je zdravilo izbire za lajšanje klimakteričnih nevrovegetativnih simptomov.
- HNZ zmanjšuje urogenitalno atrofijo.
- HNZ deluje preventivno in kurativno pri osteoporozi.

HNZ, Androgeni

- Zmanjšan libido ni definiran.
- Uporaba androgenov je smiselna po kastraciji.
- Uporaba androgenov je smiselna pri insuficienci nadledvične žleze.

Menopavza, naravno zdravljenje

- Cimicifuga racemosa se lahko uporablja pri ženskah s klimakteričnimi težavami tudi po operaciji estrogensko odzivnega karcinoma dojke.
- Prehranska dopolnila s sojo znižujejo serumske lipide.

HNZ in endometrij

- Kontinuirana kombinirana HNZ (E+P) lahko zmanjša tveganje za nastanek karcinoma endometrija.
- Pri sekvenčni HNZ je treba progesterin dodajati 12-14 dni v mesecu.

HNZ in srčno žilne bolezni

- Tveganje za srčno-žilne bolezni se ne poveča, če uporabljajo HNZ ženske, stare 50-59 let in če od menopavze ni minilo več kot 10 let.
- HNZ v zgodnji pomenopavzi zmanjšuje tveganje za koronarno bolezen.

HNZ in venski tromboembolizmi

- HNZ zveča tveganje za nastanek VTE za 2- do 4-krat.
- Tveganje (za VTE) pri ogroženih bolnicah je manjše pri transdermalni HNZ.

imenitno odražajo odnos do spolnosti v tem obdobju.

Na koncu smo s posebnim zanimanjem poslušali odlično predavanje asist. mag. Nene Kopčavar Guček, ki je ponudila posebno vreden zornik kot družinskega zdravnika pri obravnavi ženske v pomenopavzi. Izpostavila je kakovost življenja kot tisto, ki odtehta potrebo in izbiro zdravljenja za vsako posameznico, vključno z HNZ. Zato je vloga družinskega zdravnika izjemno dobrodošla, ker lečečega ginekologa pravočasno opozori na nekatere dejavnike tveganja, ki odtehtajo odločitev in izbiro zdravljenja.

Izobraževanje

S kirurške delavnice žilne kirurgije

Pontresina, 24. 1.–31. 1. 2009

Jurij Gorjanc

Udeležba na tečaju kirurgom gotovo pomaga k večji samostojnosti na področju žilne kirurgije, kar pride prav na različnih področjih – tudi v splošni in abdominalni kirurgiji. Kaj vse je danes v izurjenih rokah možno doseči brez operativnega posega!

Uporaben opis te delavnice je bil pred leti objavljen v »Medicinskem mesečniku« – glasilu MF Maribor, zato informacije o njej marsikomu niso neznanka. Nemški, švicarski in avstrijski žilni kirurgi so s takim načinom izobraževanja

začeli pred 18 leti in tradicija se uspešno nadaljuje. Vsako leto sprejmejo omejeno število udeležencev, da je pouk lahko individualno naravnan. Namen je dodatno izobraževanje mladih kirurgov na področju žilne kirurgije, pa tudi usposabljanje splošnih kirurgov pri obvladovanju žilnih zapletov in akutnih žilnih stanj, ki jih lahko srečajo pri svojem delu v splošni in abdominalni kirurgiji.

Gre za dva tečaja – delavnici, kjer v prvem delu udeleženci spoznavajo osnovna pravila žilne kirurgije, na modelih izvajajo žilne anastomoze, žilne plastike, periferne žilne obvoje (z avtolognimi in umetnimi vsadki) in deloma

so pokazale visoke ocene, tako za obveščanje 4,34, kraj simpozija 4,56, organizacijo 4,63, zbornik 4,66, čas simpozija 4,71, kot tudi temo srečanja 4,80. Predavatelji so bili ocenjeni od 4,03 najslabši do 4,79 najboljši (ocene so bile od 1 do 5). Simpoziji v organizaciji SMD počasi postajajo »brand«, zlasti kar zadeva slovenski prostor, zato ker imajo vse tisto, kar simpozij naredi dober. Svežino idej, odlične predavatelje in sporočilo za domov. Zaradi vsega naštetega vas z veseljem vabimo na 5. slovensko-hrvaški simpozij o menopavzi in andropavzi, ki bo v organizaciji SMD potekal na Bledu od 16. do 18. aprila 2009. ■

tudi interventne radiološke žilne posege na udih. Možnost operiranja na živalskem in človeškem tkivu, ki je vgrajeno v plastične modele, omogoča precej realistično učenje.

Tudi letos je bilo na prvem tečaju med približno 30 specializanti 10 mladih specialistov splošne kirurgije. Čas kosila je namenjen smučanju, alternativa je ponavljanje šivanja na modelih pod osebnim mentorstvom. Vremenski preobrati so poskrbeli za pravo mero obojega. Tako se mladi kirurg med soboto in torkom nauči samostojno oskrbeti (tromb)embolijo arterij spodnjega uda ter kjerkoli v telesu oskrbeti poškodovano arterijo s šivom ali (venskim



Primer operativnega polja na modelu



Model za izdelavo žilnega obvoja na spodnjem udu



Vajalnica



Operativno polje z anevrizmo abdominalne aorte



Operativno polje z aterosklerozo arterij v vratu



Aortobiliakalni obvod na modelu

ali umetnim) vsadkom. Sledi praktični preizkus znanja s pozitivno motivacijo – vabljivimi nagradami.

Kdor želi, lahko izobraževanje nadgradi z nadaljevalnim tečajem v t.i. »European vascular masterclass«, kar traja še nadaljnje štiri dni. Izobraževanje se začne tam, kjer se je končalo prejšnji dan – z zahtevnejšimi (podkolenskimi) obvodni na spodnjih udih. Sledi celodnevno spoznavanje endovaskularnih posegov in operacij, ki so kombinacija klasičnega in radiološkega pristopa (hibridni posegi) ter treniranje na modelih. Modeli so škatle z zapletenim elektromehanskim mehanizmom, ki brez rentgenskega sevanja simulirajo vstavljanje žilnih katetrov, vodilnih žic, balonov za širjenje zožitev, vsad-

kov... Vsak lahko (mora) opraviti določeno število posegov.

Kaj vse je danes v izurjenih rokah možno doseči brez operativnega posega! Npr. premostitev (urgentna ali neurgentna) različnih oblik anevrizem abdominalne aorte ali zožitev arterij na vratu, kar je bila še do nedavnega domena kirurgov. In v določenih primerih še vedno je, zato je pomembna predvsem dobra izbira bolnikov. V Nemčiji in Švici že sledijo smernicam Evropskega združenja za žilno kirurgijo ter v interventnih radioloških posegih izobražujejo žilne kirurge, ki v primeru potrebe sami rešujejo (svoje) zaplete ter predvsem racionalno postavljajo indikacije. Seveda je odločitev za tak ali drugačen poseg še vedno konziliarna,

kar je edino prav. Nadaljevalni tečaj zajema še operativno oskrbo rupturirane abdominalne aorte ter endarterektomijo karotidnih žil na vratu. Čeprav na modelih, so posegi zelo realni, saj so vse žile vpete v cevovod pod izmeničnim pritiskom 120/80 mmHg. Vsaka nenatančnost je kaznovana s puščanjem anastomoz in včasih smo vaje zapuščali bolj mokri kot suhi...

Udeležba na tečaju kirurgom gotovo pomaga k večji samostojnosti na področju žilne kirurgije, kar pride prav na različnih področjih – tudi v splošni in abdominalni kirurgiji. Zainteresirani lahko več preberejo na www.vascular-international.org.

Medicina in prosti čas

31. Iatrosski Alpe-Jadran

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov

Jasna Čuk

Posvetovanje športne medicine in smučarsko tekmovanje zdravnikov dežel Alpe-Jadran je 6. februarja letos v Kranjski Gori doživelo svoj 31. rojstni dan. Še bolj slikovito je to opisal primarij Tone Lah, neutrudni motivator športne stroke, ki za kakovostne in zanimive strokovne novice skrbi že prav toliko let: »Prvo srečanje v četrtem desetletju našega družjenja.«

In dajmo prednost stroki. Prvo predavanje sta pripravila Matej Andoljšek in Aleš Fabjan s kirurškega oddelka SB Jesenice z naslovom: »Je pri športniku vsak »zvin gležnja« res samo zvin gležnja?« Menda je to najpogostejša poškodba športnikov. Da ni nujno le poškodba zunanjih vezi, smo ob takem naslovu »seveda vedeli, yes« tudi manj razgledani. Pa sta nam razložila, kako se za tem »zvinom« lahko skrivajo tudi zlomi skočnice in petnice. Zapomnili naj bi si, da je za zlome zunanega odrastka skočnice značilna

točkasta bolečnost nad zunanjim odrastkom, za zlome zadnjega odrastka skočnice pa bolečnost pred Ahilovo tetivo, ki se okrepi pri plantarni fleksiji. Vse te zlome navadno še vedno zdravijo z mavčevim škornjem za štiri do šest tednov, v zadnjem času pa se vse pogosteje odločajo za operativno zdravljenje, saj gre za poškodbe nosilnih sklepov. Klasična rentgenska diagnostika ni vedno uspešna, spregled teh zlomov pa lahko vodi v invalidnost.



Konkurenca utrjuje prijateljstvo (Matija Jereb in Franci Koglot)



Aleš Troha in Rok Zupančič



Čarobne športne komentarje Eve Longyka je ustvarjalno podpirala Nina Pirc



Tone Lah je zamižal (zajamčeno) šele po predavanjih. Ob njem pa si z leve sledijo predavateljske legende Matej Andoljšek, Janez Polajnar, Matjaž Veselko in Aleš Fabjan



Ekipno 3. mesto – Gorenjska SBJ



Ekipno 2. mesto – Ekipo Iatros



Ekipno 1. mesto – SB Celje



Veselje po tekmi (foto: Franci Koglot)



Prvič v zgodovini latrosskija kar dve po trikrat zlati: Dada Kastelic in Katja Knaus



Zmagovalec Sandi Troha – Veselyjev pokal za najhitrejšega moškega je darilo Steklarne Rogaška

Drugo odlično predavanje sta pripravila izredni profesor dr. Matjaž Veselko s kirurškega oddelka za travmatologijo UKC Ljubljana in Janez Polajnar, ki je tudi smučarski trener, iz Agencije RS za okolje. Po prodoru Elanove edinstvene novosti v svet tako zadnje desetletje zaznamujejo smuči in deske s poudarjenima stranskima lokoma in na to vezana zarezna tehnika smučanja. Slišali smo, da se v zadnjih letih glede na prejšnja število poškodb ni bistveno spremenilo, spremenila pa se je stopnja in struktura poškodb. V deležu poškodb se je bistveno povečalo število visokohitrostnih, t.i. »prometnih poškodb« zaradi trkov smučarjev, ki se zaradi zakonitosti zornih kotov in smučanja »v jatah« na sicer obsežnih terenih znajdejo v določenem trenutku nepričakovano na istem mestu. Strokovnjaki odkrivajo nove mehanizme poškodovanja kolenskih vezi in zloma zunanega kondila golenice. To je posledica nenadnih pospeškov in močnega povečanja sil, ki nastanejo kot posledica zmanjšanja radia smučke, ko le-ta zapelje v vdolbino na terenu. In še marsikaj zanimivega.

Na tak način predstavljena fizika je zbudila tudi tisto utrujeno zdravništvo, ki se je po naporih tekmah prišlo ob 16.00 v hotel tudi ogret, še posebej pa osušit. Tako mokrega latrosskija menda ne pomnijo niti »najstarejši mački«. Z odločnim navodilom »v vsakem vremenu« so uspeli zbrati raznoliko množico »mokrih cuckov in cerkvenih miši«, kot je padel komentar ob odlični zakuski v šotoru na smučišču. V njem

nas je s kulinaričnimi užitki navdušilo podjetje Auremiana, za glavno pokroviteljstvo pa se je tudi letos izdatno potrudilo podjetje Lek. Kot že zadnjih nekaj let, je tudi letos potekal latrosski v okviru Zdravniškega športnega društva Medicus.

Priprave na svetovno prvenstvo, ki bo letos od 18. do 21. marca na Kronplatzu, so tako že stekle. Spet bo lepo!

Errata Corrige

Pri članku z naslovom Meningokoka bolezen, ki je bil objavljen v Isis februar 2009, str. 68, je izpadlo ime enega od avtorjev. V nadaljevanju navajamo vse avtorje članka: Metka Horvat, Evgen Janet, Neda Hudopisk, Marjana Simečinger, Marijana Kašnik Janet, Matej Ivartnik.

Uredništvo

Iatrosski 09 - rezultati

Smučarski tek

ŽENSKE C /NAD 50 LET/

1	LAPANJA KASTELIC D.	ZD LJ	6:20.8
2	KODRIN PUŠNIK Janeta	KOROŠKO ZDR. DRUŠTVO	6:47.5
3	STARC Breda	KC KRG	8:22.4

ŽENSKE B /DO 50 LET/

1	CANKAR Lučka	SB CELJE	4:58.5
2	KLANČNIK Barbara	SB CELJE	5:56.5
3	PINTAR Tatjana	KC KRG	6:45.8

ŽENSKE A /DO VKLJUČNO 35 LET/

1	KNAVS Katja	SB CELJE	6:47.3
2	SOKLIČ Tanja	ORL KL	7:08.2
3	JUVANEC Ajda	ORL KL	7:48.8

MOŠKI C /NAD 50 LET/

1	PIRC Igor	SB CELJE	11:46.9
2	VAKSELJ Aleš	ONKO INŠ	11:54.5
3	MOLIČNIK Andrej	SB CELJE	11:59.9

MOŠKI B /DO 50 LET/

1	KLINAR TOMAŽ	RADIOLOGI	11:28.8
2	KODRIČ Robert	GORENJSKA SBJ	12:55.3
3	RAVNIKAR Klemen	GORENJSKA SBJ	13:19.9

MOŠKI A /DO VKLJUČNO 35 LET/

1	HUDOKLIN Peter	ORL KL	13:56.6
---	----------------	--------	---------

Veleslalom

ŽENSKE E /L. 1947-1938/

1	KLINAR Majda	UPOK.	1:14.63
2	ERŽEN PAVER Vesna	KC KRG	1:23.84

ŽENSKE D /L. 1957-1948/

1	LAPANJA KASTELIC D.	ZD LJ	1:08.55
2	MALIS SMOLE Irena	ZD LJ	1:11.31
3	ČUK RUPNIK Jasna	EKIPA IATROS	1:13.20

ŽENSKE C /L. 1967-1958/

1	PINTAR Romana	ŠKOFJA LOKA	59.07
2	TURK Katarina	EKIPA IATROS	59.45
3	PINTAR Tatjana	KC KRG	1:05.30

ŽENSKE B /L. 1977-1968/

1	KNAVS Katja	SB CELJE	59.30
2	SOKLIČ Tanja	ORL KL	59.33
3	AMBROŽ Romina	SB CELJE	1:03.49

ŽENSKE A /L. 1978 IN MLAJŠE/

1	PRETNAR Špela	GORENJSKA SBJ	1:04.59
2	JUVANEC Ajda	ORL KL	1:11.57
3	ZUPANČIČ Barbara	GORENJSKA SBJ	1:18.66

MOŠKI F /L. 1937 IN STAREJŠI/

1	PLEŠKO Ciril	ŠKOFJA LOKA	1:15.47
---	--------------	-------------	---------

MOŠKI E /L. 1947-1938/

1	KOGLOT Franci	EKIPA IATROS	1:01.60
2	JEREB Matija	ŠKOFJA LOKA	1:05.82
3	ŠKRBEČ Miha	RADIOLOGI	1:13.07

MOŠKI D /L. 1957-1948/

1	BREGANT Lev	GIN KL	59.20
2	SEDEJ Dušan	ŠKOFJA LOKA	59.27
3	PIRC Igor	SB CELJE	59.60

MOŠKI C /L. 1967-1958/

1	PODNAR Simon	NEVRO KL	57.47
2	MARUŠIČ Saša	RADIOLOGI	57.85
3	GRILEC Janez	KIPA IATROS	58.20

MOŠKI B /L. 1977-1968/

1	TROHA Sandi	EKIPA IATROS	55.95
2	ZUPANČIČ Rok	EKIPA IATROS	56.28
3	TROHA Aleš	EKIPA IATROS	57.25

MOŠKI A /L. 1978 IN MLAJŠI/

1	POKLUKAR Janez	GORENJSKA SBJ	57.70
2	CERAR Andraž	GIN KL	58.63
3	BIGIČ Marko	SB CELJE	1:01.94

Kombinacija

ŽENSKE C /NAD 50 LET/

1	LAPANJA KASTELIC D.	ZD LJ
2	ČUK RUPNIK Jasna	EKIPA IATROS

ŽENSKE B /DO 50 LET/

1	PINTAR Tatjana	KC KRG
2	TUL MANDIČ Nataša	GIN KL

ŽENSKE A /DO VKLJUČNO 35 LET/

1	KNAVS Katja	SB CELJE
2	SOKLIČ Tanja	ORL KL
3	JUVANEC Ajda	ORL KL

MOŠKI C /NAD 50 LET/

1	PIRC Igor	SB CELJE
2	BREGANT Lev	GIN KL
3	KASTELIC Andrej	SEEA net

MOŠKI B /DO 50 LET/

1	KLINAR TOMAŽ	RADIOLOGI
2	KODRIČ Robert	GORENJSKA SBJ
3	RAVNIHAR Klemen	GORENJSKA SBJ

MOŠKI A /DO VKLJUČNO 35 LET/

1	HUDOKLIN Peter	ORL
---	----------------	-----

Tečaj medicinske hipnoze

Sergej Pušnar

V lepih in prijetnih prostorih Zdravniške zbornice Slovenije je od 15. do 17. januarja potekalo prvo od osmih predvidenih srečanj nadaljevalnega tečaja medicinske hipnoze za zdravnike, psihologe in medicinske delavce. Zelo večče in slušateljem všečno ga je vodil prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., dipl. psih., ob odlični komplementarni pomoči Janeza Tomaža Krmelja, terapevta medicinske hipnoze. Tokratnega srečanja na temo Oblikovanje hipnotskih in pohipnotskih sugestij in krepitev ega smo se lahko udeležili člani Društva za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS), ki smo predhodno že uspešno opravili začetni tečaj medicinske hipnoze. Namen celotnega sklopa izbranih tem v dokaj obsežnem nadaljevalnem tečaju, ki obsega 160 ur predavanj in delavnic, je usposobitev tečajnikov za uspešno uporabo medicinske hipnoze na konkretnih področjih. Tečaj sicer sodi v okvir trajnega izobraževanja članov DMHS in je usklajen s pravili Evropske zveze za medicinsko hipnozo (ESH).

Na tem intenzivnem in prijetnem srečanju smo se udeleženci tečaja lahko seznanili s ključnimi načeli in tehnikami v medicinski hipnozi, in sicer z načeli hipnotskih in pohipnotskih sugestij, tipi hipnosugestij, uporabo fraz, direktnih,

nedirektivnih in indirektnih sugestij, s procesom sugestij v odkrivanju fenomenov ter za krepitev ega (večanje samospoštovanja, samoučinkovitosti in samozavesti), kot jih je briljantno izvajal in opisal Milton H. Erickson. Srečanje je bilo didaktično učinkovito razdeljeno v več delov. Predavatelja sta najprej teoretično predstavila konkretno temo, sledil je prikaz v praksi, nato pa smo tečajniki izdatno vadili pod skrbnim nadzorom obeh predavateljev v zelo učinkoviti obliki »trojčka«. Eden je izvajal hipnozo drugega, tretji je bil kritični opazovalec. Po opravljeni seansi je sledil pogovor vseh treh o tem, kaj je bilo izvedeno dobro in kaj ne. Nato so se vloge zamenjale tako, da je bil vsak izvajalec kot tudi uporabnik hipnoze. In to večkrat.

Na koncu smo vsi tečajniki med seboj izmenjali naše ugotovitve in o njih razpravljali s predavateljema. Oba sta s koristnimi in pravočasnimi pripombami ter nasveti še okrepila proces učenja. Prvič sem videl tak način praktične delavnice in zatrdim lahko, da je neverjetno uspešen. Pohvalno. Snov, ki jo je treba »obdelati«, doživimo kot izvajalec in uporabnik, kar nam pomaga pri hitrejšem dojetanju in utrjevanju potrebnega znanja. Samo želim si, da bi bila naslednja srečanja vsaj takšna, kot je bilo tokratno. Teme naslednjih

srečanj so posrečeno izbrane in ponujajo širok izbor: anksioznost in tesnoba stanja (april), hipnoanestezija in priprava na operacijo (maj), fobije in dentalne motnje, motnje spanja, hipnoza za okrevanje, psihosomatske motnje in avtoimune bolezni, starostna regresija, progresija in časovna neorientiranost, hipnoza pri zmanjševanju/odpravljanju bolečine, hipnoza pri bolnikih z opeklinami in urgentnimi stanji. Časovni razpored vseh srečanj namenoma ni vnaprej določen (določeni sta le srečanja za april in maj), ker želimo, da se znanje »usede« in da bomo uspešnejši, če »hitimo počasi«.

Večina tečajnikov, zdravniki družinske medicine, anesteziologi, ginekologi, psihiatri in drugi, ki smo se udeležili tokratnega tečaja, soglašamo v tem, da so elementi in pravila komunikacije pri medicinski hipnozi zelo uporabni tudi pri našem vsakdanjem kliničnem delu s pacienti brez uporabe transa. Izbira besed, besednih zvez, struktura sporočil ter ustrezna modulacija našega glasu pomagajo vzpostaviti in ojačati naš odnos s pacientom v zadovoljstvo obeh. Poznavanje vsaj osnov medicinske hipnoze bi zato priporočal vsem zdravnikom, ki še verjamejo, da medicina (delo s pacienti) ni le suhoparna znanost. ■

Splet posledično

Cyberohondrija

Ameriški in japonski strokovnjaki ugotavljajo, da se je tradicionalni hipohondriji, ki jo medicina pozna že več stoletij, v zadnjem času pridružila nova, sodobna oblika motnje, cyberohondrija (spletna, virtualna hondrija). Za posameznike z opisano motnjo je značilno, da se poglobljajo v sleherni svojo (dejansko in/ali namišljeno) težavo ter jo pospešeno proučujejo s pomočjo podatkov in informacij, razpoložljivih na spletu in ostalih virtualnih medijih. Izsledki raziskave, ki so jo na predlog ameriških zdravstvenih oblasti izvedli strokovnjaki v okviru poglobljene študije Microsoft Research, pričajo, da se na novi celini vsaj četrtna ljudi z zdravstvenimi težavami skuša o svojem stanju informirati s pomočjo spleta in da cyberhondri menijo, da je

računalnik pogosto bolj zanesljiv kot zdravnik. Pri tem izpostavljajo še dodatne prednosti iskanja virtualnih odgovorov na svoja vprašanja: časovna in krajevna neodvisnost, takojšnja in nenehna dostopnost, odprtost, diskretnost oziroma anonimnost in brezkompromisnost (brez ovir, zadrege, pomislekov in omejitev), pa tudi materialna nezahtevnost (brez dodatnih stroškov). Zanimivo je tudi, da cyberohondri popolnoma zaupajo računalniku oziroma virtualnim virom; glavnina izmed njih je celo prepričana, da so zdravniki iz mesa in krvi veliko bolj zmotljivi in nezanesljivi. Do podobnih, v marsičem še bolj drastičnih ugotovitev pa so prišli tudi raziskovalci v deželi večnega smehljaja. Japonski strokovnjaki so prepričani, da je med Japonci vsaj tretjina cyberohondrov, in dodajajo, da se bo cyberohondrija kmalu

razširila tudi na staro celino ter se uveljavila predvsem v tehnološko najbolj razvitih in naprednih državah. Vrh ameriškega zdravstva zdravnikom in zdravstvenim delavcem priporoča, naj cyberohondriji in »virtualnemu zdravljenju« posvetijo več strokovne in človeške pozornosti. Seveda se morajo zato najprej dobro informirati in usposobiti, nato pa svoje znanje in izkušnje na razumljiv način prenesti svojim varovancem. Ameriški in japonski strokovnjaki pa potihoma priznavajo, da se bojijo, da bi se vse večji delež sredstev, namenjenih zdravstvu, iz realnih preusmeril v virtualne vode. ■

Viri: CNN, Microsoft, TokyoSan

Nina Mazi

Acta medico-biotechnica

Nova znanstvenoraziskovalna revija Medicinske fakultete Univerze v Mariboru

Dušica Pahor

O b dnevu Medicinske fakultete Univerze v Mariboru je ob 5. obletnici njenega obstoja 1. decembra lani izšla prva številka znanstvenoraziskovalne in strokovne revije z naslovom »Acta medico-biotechnica« (AMB), katere ustanovitelj in izdajatelj je Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru (MF UM).

Z registracijo MF UM v evidenco raziskovalnih zavodov, organizacij, raziskovalnih skupin in raziskovalcev spomladi 2005 ter uvedbo podiplomskega študija biomedicinske tehnologije na MF UM smo spoznali, da je na MF UM, na ostalih fakultetah Univerze v Mariboru in v Univerzitetnem kliničnem centru Maribor zelo razvita znanstvenoraziskovalna dejavnost. Tako smo v letu 2007 in 2008 organizirali že tri srečanja z naslovom »Skupne raziskave in raziskovalni projekti med UKC Maribor in UM« v želji, da bi povezali čim več raziskovalcev z različnih področij. Srečanj se je do sedaj s predstavitvijo svojega raziskovalnega dela udeležilo več kot 150 raziskovalcev.

Spoznali smo, da obstaja v tem prostoru velik znanstvenoraziskovalni potencial in da je treba še močneje povezati medicinsko in biotehnično znanost ter predstaviti rezultate raziskovalnega dela. Tako se je rodila zamisel o novi reviji, ki bi zapolnila to vrzel.

Na pobudo dekana MF UM prof. dr. Ivana Krajnc, dr. med., so se začele aktivnosti za registracijo nove revije. S sklepom senata MF UM januarja 2008 je bila za koordinatorko za izdajo nove revije imenovana izr. prof. dr. Dušica Pahor, dr. med. Sprejet je bil Akt o ureditvi ustanoviteljskih razmerij in imenovan izdajateljski svet, ki mu predseduje dekan MF UM prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med.

Izdajateljski svet je na svoji prvi seji aprila 2008 sprejel predlog programske zasnove revije in imenoval za odgovorno urednico revije izr. prof. dr. Dušico Pahor. Za urednike so bili imenovani prof. dr. Ivan Krajnc, prof. dr.

Radovan Hojs, prof. dr. Željko Knez, prof. dr. Ludvik Trauner, doc. dr. Vojko Flis in doc. dr. Anton Crnjac.

Dne 9. maja 2008 smo na Ministrstvo za kulturo RS podali prijavo v razvid medijev z vsemi potrebnimi prilogami in bili že 22. maja 2008 vpisani v razvid medijev pri Ministrstvu za kulturo RS.

Veseli in hkrati ponosni smo, da nam je uspelo kljub skromnim izdajateljskim izkušnjam v zavidljivo kratkem času prehoditi pot od začetnih idej in želja do uresničitve cilja z izidom 1. številke AMB ob dnevu fakultete. Vztrajnost in trdo delo sta se tudi tokrat obrestovala.

Tako je v 10 mesecih nastala in izšla 1. številka nove revije, revije, za katero upamo, da bo s svojo kakovostjo dokazala upravičenost nastanka in prispevala k razvoju znanosti na področju medicine in biotehnologije.

Revija **Acta medico-biotechnica** objavlja znanstvene članke s področij medicine in bio-

tehnike s poudarkom na interdisciplinarnem pristopu. Namenjena je širšemu krogu bralcev, saj pokriva širše področje medicine.

Pri izbiri člankov se upoštevajo uveljavljeni kriteriji tovrstnih revij v svetu, kar pomeni, da bodo vsi prispevki recenzirani s strani najmanj dveh priznanih tujih in domačih strokovnjakov ustreznega področja. Revija bo objavljala le visokokakovostne znanstvene prispevke in tako prispevala k uveljavitvi ne le v slovenskem, ampak tudi v mednarodnem prostoru. Revija je namenjena domači in tuji znanstveni in strokovni javnosti, zato so vsi članki objavljeni v angleškem jeziku, izvlečki pa so v slovenskem in angleškem jeziku. Izhajala bo najmanj dvakrat na leto.

Še posebej smo veseli, da v uredniškem odboru revije sodelujejo številni ugledni mednarodni medicinski strokovnjaki, ki nam bodo pomagali sooblikovati novo revijo in prispevali h kakovosti prispevkov.

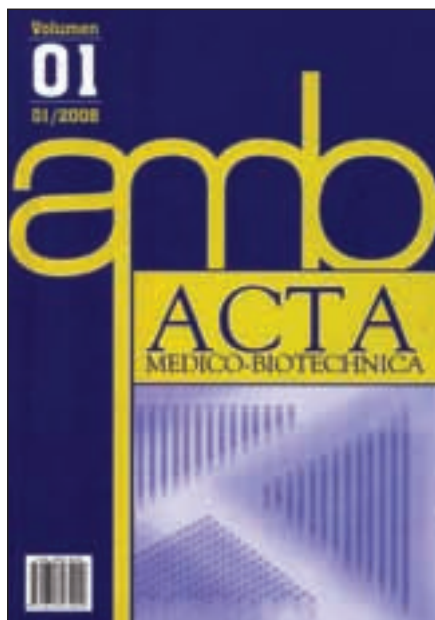
Vsa navodila za avtorje in splošne informacije so na voljo na spletni strani www.actamedbio.uni-mb.si. Vsi prispevki, objavljeni v reviji, bodo brezplačno dostopni na spletni strani. Za vse dodatne informacije je vedno na razpolago strokovna sodelavka Darja Farasin, tel. 02 23 45 606, e-naslov actamedbio@uni-mb.si.

V imenu uredništva revije vas vabim, da aktivno sodelujete pri oblikovanju in soustvarjanju revije. Prepričana sem, da bo glede svoje interdisciplinarnosti zanimiva za vsa področja medicine in biotehnologije.

V imenu uredništva se zahvaljujem predsednici Zdravniške zbornice Slovenije prim. asist. Gordani Kalan Živčec za dobre želje in vzpodbude ob izidu revije, kakor tudi uredništvu revije Isis, še posebej glavnemu uredniku prof. dr. Eldarju M. Gadžijevu, za pomoč pri seznanjanju slovenskega zdravništva z novo revijo.

*Če bi bili zadovoljni z odkritim,
ne bi nikdar odkrili nič novega.
Numquam invenietur,
si contenti fuerimus inventis.*

(SENEKA)



1. številka revije Acta medico-biotechnica

Anton Makovic (1750-1803), prvi slovenski prosvetitelj babic

Senta Jaunig, Zvonka Zupanič Slavec

Tokratna naslovnica predstavlja zgodovinsko izjemno pomembno knjigo, ki je prva poljudnostrokovna knjiga v slovenskem jeziku in je v prvem natisu izšla leta 1782 pod naslovom *Prashanja inu odgovori chez vshegarstvu*. Porodničar Anton Makovic (1750–1803) jo je podobno kot Janez Plečnik prvi slovenski anatomski učbenik priredil v slovenski jezik iz nemškega izvirnika po Rafaelu J. Steidlu. Četudi je delo prevodno, je za slovensko medicino izjemnega pomena, saj je Anton Makovic z njim oral terminološko ledino in postavil temelje za slovenski porodniški jezik. Leta 1788 je knjiga doživela ponatis, bila jezikovno izboljšana in jo je Makovic naslovil *Ushegarske bukve sa babize na dezeheli*. Istega leta je izdal še priročnik *Podvuzhenje sa Babize*.

Antona Makovica je revija Isis že dvakrat biografsko predstavila (P. Borisov in A. Prijatelj), zato tokrat o njem biografsko le nekaj podatkov, več prostora pa je namenjenega jeziku v prvi slovenski poljudnostrokovni in zdravstveni knjigi.

Anton Makovic je bil slovenski porodničar in kirurg, rojen leta 1750 v Kostanjevici na Krki. Leta 1766 je na Dunaju postal magister anatomije, porodništva in kirurgije ter se zaposlil v Ljubljani. Od leta 1781 je bil član obnovljene Academie operosorum. Na Mediko-kirurškem liceju v Ljubljani je predaval porodništvo in babice prvi na liceju poučeval v slovenskem jeziku. Leta 1782 je izdal prvo slovensko zdravstveno strokovno delo, porodniško knjigo za babice *Prašnja inu odgovori chez vshegarstvu* (prirejena po R. J. Steidlu, leta 1788 nova in preurejena izdaja). Leta 1783 je bil imenovan za deželnega stanovskega kirurga, od leta 1790 pa je organiziral porodniško službo na Kranjskem. Z delom policijskega ranocelnika (od 1792) in bojem proti mazaštvu si je v Ljubljani nakopal številne nasprotnike, zato jo je zapustil in se preselil v Idrijo, kjer je tudi vzgajal babice.

Umrl je leta 1803 v Idriji. Njegova podoba ni ohranjena. (1)

Makovčevo pionirsko terminološko delo

Anton Makovic je začel boj proti praznovanju in neznanju v porodništvu s popolnoma drugimi metodami kot Baltazar Hacquet, ki je predaval porodništvo na Mediko-kirurškem liceju v Ljubljani pred njim. (2) Bil je zagret preporoditelj, ki si je prizadeval, da bi Slovenci dobili strokovno literaturo v maternem jeziku. Kot strokovnjak za porodništvo je želel vzgajati babice in jim ta predmet predavati v slovenskem jeziku. Takratni razcvet prosvetljenske miselnosti, ki je dvignil tudi splošno raven izobraženosti med Slovenci, je Makovica vzpodbudil k izdaji učbenika za babice v slovenščini. Njegova ideja je v Zoisovem krogu hitro prodrla, od tam pa se je razširila med duhovščino in našla podporo pri vsej slovenski inteligenci. Pravico do poučevanja in izpraševanja babic na liceju je Makovic imel v letih 1788–1791 in 1798–1799 ter tako bil prvi, ki je poučeval babice v slovenskem jeziku. Njegov aktivizem tudi sovpada s časom, ko se na Kranjskem pojavijo prva strokovna ali poljudnostrokovna besedila v slovenskem jeziku; mednje na prvem mestu sodi njegov učbenik *Prashanja inu odgovori chez Ushegarstvu* (1782), ki velja za prvo tiskano poljudnostrokovno knjigo v slovenščini in je zato temeljnega pomena. Leta 1788 sta mu sledila še priročnik *Podvuzhenje sa Babize* in predelava prvega učbenika *Ushegarske bukve sa babize na dezeheli*, ki je še posebej pomemben zaradi sledenja Japljevi jezikovni reformi, ki je bila takrat sprejeta.

Do Makovica babice na liceju niso imele učbenika. Njegova predhodnika, ki sta poučevala porodništvo – Fran Klopstein in Baltazar Hacquet – ga nista spisala. Makovic je nosil v sebi delovno vnemo in drznost, saj je dal učbenik natisniti, preden je dobil uradno dovoljenje za predavanja *venia legendi*. Pomanjkanje takega učbenika je namreč prispevalo v visoki porodni smrtnosti porodnic in otrok. Kakšno je bilo takrat stanje porodništva pri nas, je opisal

Makovic v svojem Predgovoru: »Dvanajst let je preteklo, kar jaz naši Krajnski deželi s težkim in truda polnim delom služim. Ali koliko strahneja dogajanja sem skozi ta leta z mojimi očmi videl; primere, nad katerimi narava ostrmi in z grozo odskoči, kadar se pomisli kako nesmiselno in tiransko bodo porodnice od neumnih žen obravnavane, razdejane in s svojim otročičem vred umorjene. Imel sem pa to srečo, da sem ohranil pri življenju vsaj tiste ženske in otročiče, kjer so me še pravočasno poklicali.« (3) Zato se je zavedal potrebe prosvetljevanja širokega kroga prebivalstva, da bi dosegel višjo higieno nosečnic, poroda, dojenja in podobnega, na kar je opozarjal že v uvodu prve izdaje Všegarstva: »Jeft nišim sa Vuzhene, ampak le sa babize na Deshel, inu sa zhloveshtvu pijal.« (4) Njegov učbenik ni bil namenjen le babicam, temveč vsem materam na Kranjskem, pa tudi v Istri in



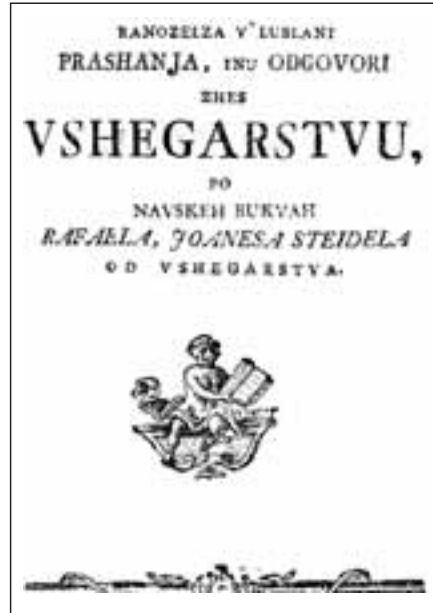
Slika prikazuje babištvo in porodništvo. Prvo simbolizira 2. izdaja Makovčevega babiškega učbenika iz leta 1788, drugo različni prototipi porodnih klešč. (Predmeti iz zbirke Inštituta za zgodovino medicine, pripravila Z. Zupanič Slavec, foto Dragan Arrigler.)

drugih deželah, kjer so govorili slovenski jezik. (5) Prepotrebna prva dva učbenika sta tako bila referenčna še desetletja ne le na Kranjskem, temveč tudi v Trstu, deloma na Koroškem in Štajerskem. (6)

»Bukve« je Makovic prevedel iz nemščine, in sicer delo svojega dunajskega učitelja Rafaela J. Steidla. Pisane so dvojezično: v slovenščini je besedilo v bohoričici, vzporedno pa teče še izvorno nemško besedilo. Predvsem pa se je Makovic trudil, da bi bil jezik strokovno razumljiv slovenskim babicam. V vseh treh delih lahko spremljamo začetke nove zvrsti slovenskega knjižnega jezika (strokovno-znanstvene), ki je nastajal na osnovi nemškega jezika, vendar bil uspešno sloveniziran. Prva izdaja učbenika za babice je vsebovala še bistvene značilnosti tradicionalne skladijske zgradbe, kot jo je poznal Dalmatinov jezik, drugo izdajo pa je Makovic jezikovno predelal in popravil po Japljevi prenovi osrednjeslovenskega knjižnega jezika. Japelj je namreč s sodelavci leta 1784 izdal Novo zavezo in s tem preobrazil dvesto let star Dalmatinov jezik. Ker so te spremembe prihajale iz prerediteljske skupine, se je nanje Makovic še toliko bolj odzval, na kar je tudi opomnil v predgovoru k drugi izdaji. V tem delu se tudi najbolj čutijo takrat novi skladijski vzorci, kjer se je avtor lahko veliko svobodneje izražal, saj ni bil toliko omejen z nemško predlogo. Po jezikovni analizi druge izdaje Všegarstva Marka Jesenška se Makovic v nobeni izdaji ni povsem otresel skladijske značilnosti, ki je bila tipična pred Japljevo jezikovno reformo, pa tudi skladnja je pod močnim vplivom nemške predloge. Pri tem izstopata predvsem močno kalkirana (dobesedno prevedena) nedoločniška zveza in brezosebno izražanje. Nove rešitve v skladijskem pogledu pa so vidne predvsem v rabi odvisnikov, opazno je tudi natančnejše podrodno izražanje in nadomeščanje starih deležniških oblik. Na nekaterih mestih je v drugi izdaji razlaga tudi izboljšana in dopolnjena. (7)

Za Makovčev jezik je značilna raba germanizmov. Pogosto je slovenski izraz iz prve izdaje v drugi nadomestil z germanizmom: *gruntati, merkati, martrati, nucati, porajati, ratati, spricati, jesih, rajtnga, regelc, šenk, šlinga, uržah, žnora*. V drugi izdaji praviloma odpravlja narečne pojave in redukcijo naglašanih samoglasnikov: *al-ali, zadost-zadosti, dostkrat-dostikrat, kader-kadar, bel-bolj, koker-kaker*. Prevajal je po črki, zato je težko zadel slovenske vzorce.

Makovic je poznal različne poglede na slovenski jezik, ki so jih poznali že v Akademiji delavnih, katere član je tudi bil, vendar je bil jezikovno preslabo podkovan, da bi se lahko



Naslovnica Makovčevega poljudnostrokovnega prvenca v slovenskem jeziku iz leta 1782

samostojno odločal. Hotel je slediti jezikovnim preporoditeljem, predvsem Pohlino, na katerega se je obrnil za jezikoslovno pomoč ter uporabljal njegovo slovnico in slovar.

Poseben pomen v bukvah ima strokovno izrazoslovje. Makovic je namreč oral ledino slovenskega strokovnoporodniškega izrazoslovja, ki ga je prirejal za razumevanje najširšemu krogu bralcev. Pri poskusu slovenjenja strokovnih izrazov si je Makovic pomagal s Pohlinovim nemško-slovenskim slovarjem, sicer pa je uvajal nove izraze, pri čemer je uporabil besede iz žive narečne govornice. Ne glede na to, da je Makovčevo delo terminološko še okorno, kar je glede na pionirsko delo lahko razumeti, gre za prvo slovensko izrazoslovje, ki teži k točnemu terminološkemu izražanju, čustveni neobremenjenosti in jasni razlagi ter je zato revolucionarnega pomena.

Anatomske in porodniške izraze je Makovic deloma slovenil iz nemščine, deloma je uporabil domača imena, ki jih je slišal od babic. Podajamo le nekaj Makovčevih anatomskih izrazov: *sveta kost* je križnica, *neimenovana kost* kolčnica, *kukovza trtica*, *ledienska kost* črevnica, *sedežha kost* sednica, *sramotna kost* sramnica, *predgorje* ali *klanz* imenuje brdo (promontorium), *sramni vrh* nadsramnje, *sramna shnabla* sramne ustnice, *shnabelska vez* je ustnična vez, *sramni jesizhik* ščegetavček, *tulava tiga szanja* zunanje sečno ustje, *srednu mestu* je presredek, *gerlu*

maternični vrat, *materna trobenta* pa jajcevod. *Krytok* je krvavitev, *popkova shnora* popkovenica, *naprejpadanje maternize* je zdrknjena maternica. (8)

Terminološke rešitve, ki jih je vpeljal Makovic, so nudile izhodišče za nadaljnjo slovensko ginekološko terminologijo.

Vse tri Makovčeve knjige so pomemben prispevek k slovenskemu medicinskemu slovtvu. Makovic je bil prvi, ki je slovenske pisce javno opozoril na normativni pomen Japljevega Svetega pisma. Sledila mu je vrsta porodničarjev in piscev slovenskih učbenikov, ki so izpopolnjevali slovensko medicinsko izrazoslovje. Bil je tudi prvi, ki je izbral poljudno strokovno delo iz zdravstva in ga priredil v slovenščino ter dal v tisk. V Zoisovem krogu, v družbi jezikovno in literarno izobraženih, je Makovic našel svojo pot do delovanja za narodovo korist v medicinski stroki. Knjiga *Všegarstvo* tako pomeni rojstvo praktičnostrokovne knjižne zvrsti v slovenskem jeziku, kar je utiralo pot slovenskemu strokovno-znanstvenemu jeziku, ki se je tako v medicini kot v drugih znanostih razvil v 19. stoletju. ■

Opombe:

1. Pintar I. Makovic Anton V: Slovenski biografski leksikon.
2. Pintar I. Mediko-kirurški učni zavod v Ljubljani, njegov nastanek, razmah in konec. Ljubljana 1939: 29.
3. Makovic A. Vshegarske bukve sa babize na desheti. Predgovor. Ljubljana 1788.
4. Makovic A. Prafhanja inu odgovori czeš Ufšegarstvu. Predgovor. Ljubljana, 1782.
5. Pintar I. Mediko-kirurški učni zavod v Ljubljani, njegov nastanek, razmah in konec. Ljubljana 1939: 32.
6. Borisov P. Ginekologija na Slovenskem od začetkov do leta 1980. SAZU. Ljubljana 1995: 52.
7. Jesenšek M. Jezik v prvem slovenskem priročniku za babice. V: Med medicino in literaturo (Zupanič Slavec Z. ur.). Pinterjevi dnevi 1994. Ljubljana: 225.
8. Borisov P. Ginekologija na Slovenskem od začetkov doleta 1980. SAZU. Ljubljana 1995: 86-7.

Literatura:

- Pintar I. Prof. Anton Makovic. Babiški Vestn 1929; 1 (6): 87.
- Borisov P. Anton Makovic in slovenska medicinska publicistika. Med Razgl 1984; 23 (supl. 8): 53-62.
- Borisov P. Porodničar in kirurg Anton Makovic in njegov ljubljanski čas. Isis 1996; 5 (6): 61-2.
- Zupanič Slavec Z. Makovic, Anton, sl. porodničar in kirurg. Veliki splošni leksikon (ur. Marija Javornik). Ljubljana: DZS, 1997-1998. Str. 2440.
- Prijatelj A. Anton Makovic: pisec prvega učbenika za vzgojo babic v slovenskem jeziku in zdravnik v Idriji. Primorska srečanja. 1996 št. 20, 185/86, str. 637-638.
- Jesenšek M. Jezik v prvem slovenskem priročniku za babice. V: Med medicino in literaturo. (Zupanič Slavec Z. - ur.) Ljubljana: Inštitut za zgodovino medicine 1995.

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

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

Pavle Kornhauser

II. del

Življenje in dela Čajkovskega v naslednjem desetletju (1883–93)

Pjotr Iljič piše Nadeždo von Meck: »Jaz hrepenim po slavi, obenem jo sovražim!« Njegov strah, da bo v javnosti prizadeto njegovo osebno življenje, da bi se razširile govorice o njegovih spolnih nagnjenih do moških, ga je vodil v obup. Njegova žena sicer ni dajala javnih izjav, ni pa še pristala na ločitev, očitno ga tudi ni več izsiljevala. Imela je številna ljubezenska razmerja in porajala otroke (s priimkom Čajkovski), ki jih je vse oddala v otroško zavetišče. Umrla je azilirana v duševni bolnišnici leta 1917.

Čajkovski je postal najbolj slavni skladatelj Rusije. Čeprav so Nadeždo von Meck vse bolj pestile finančne težave (začela je prodajati posestva), je P. I. Čajkovskemu redno še naprej nakazovala četrtno rento. Čajkovski je imel 42 let, bil je osvobojen skrbi za denar, ker so prihajala tudi nakazila za naročila in za izvedbo skladb, in začelo se je obdobje njegove najbolj plodne skladateljske ustvarjalnosti. Očitno se je



Portret P. I. Čajkovskega leta 1887.

naveličal biti gost na posestvih sestre Aleksandre in gospe Nadežde von Meck ter po hotelih v tujini: izbral si je skromno hišo v vasi Klin severno od Moskve, ki jo je – značilno za Čajkovskega – dal opremiti po slugi Alekseju. Sam je – tako navajajo – kupil le starinsko uro, ki pa nikoli ni »shodila«... (Klin je danes muzej, obnovljen po 2. svetovni vojni, ko je bil požgan). Pjotra Iljiča so v Klinu obiskovali številni njegovi prijatelji glasbeniki. Nepovabljeni sicer niso imeli pristopa; na vrtnih vratih je pisalo: »Sprejem ob ponedeljkih in petkih od 3 do 5. Nisem doma. Prosimo ne zvoniti!« Ob dneh, ko je skladal, čez dan ni sprejel nikogar, potreboval je samoto, mir. Napisal je, danes pozabljeno, opero Mazepa. Triumf je doživel, ko je bil Evgenij Onjegin izveden v prisotnosti cesarja Aleksandra III., ki ga je po predstavi povabil v svojo ložo na daljši pogovor. Začeli so ga vabiti na odre evropskih prestolnic, da bi dirigiral lastna dela. Po izvedbi opere Evgenij Onjegin v Pragi mu piše A. Dvořák: »Dragi prijatelj! Opera je krasno delo, polno topline srca in poezije, mojstrsko v vseh podrobnostih, glasba, ki jo človek nikoli ne more pozabiti.« V poletnih mesecih leta 1888 se je lotil nove simfonije, pete, v e-molu, ki je bila kmalu izvedena pod avtorjevim dirigentskim vodstvom. Doživela je le medli uspeh. Čajkovski je bil ponovno negotov, zgrožen se je spraševal, ali njegova ustvarjalnost pojema, prepričan, da je bil z novo simfonijo neuspešen. Danes ni poznavalca, ki ne bi ocenil, da je njegova peta ena najlepših partitur simfonične glasbe in vsekakor umetniško bolj dognana od četrte, ki jo je Čajkovski pred desetimi leti prvotno posvetil gospe von Meck in menil, da je najboljša, kar jih je doslej skladal. Lotil se je še ene opere: Pikova dama je bila kmalu prvič izvedena v Sankt Peterburgu in sprejeta z navdušenjem. Carska opera v Sankt Peterburgu je naročila nov balet, zgodbo o »ščelkunčiku*«. Čajkovski je v Parizu spoznal nov instrument »celesto«, ki jo je opisal kot kombinacijo klavirja in zvonov ter jo je kot prvi skladatelj uspešno vključil v orkester.

Na prelomu v devetdeseta leta je P. I. Čajkovski doživel najhujši udarec v svojem življenju.

Nadežda von Meck mu je nepričakovano poslala pismo – zadnje v skoraj petnajstletnem izčrpnem strastnem dopisovanju, v katerem ga obvešča, da mu zaradi slabega finančnega stanja (kar ni bilo resnično!) ukinja mesečno rento, in ga »prosi, naj se kdaj pa kdaj nje spomni«. Gospa Nadežda je res bolehalo, pravijo, za jetiko, zlasti je postala otožna po smrti sina, čutila se je krivo, da zanj ni dovolj skrbela. Kljub temu, iz dostopnih virov ni bilo nikoli razjasnjeno, zakaj je nenadoma prekinila vse posredne stike s Čajkovskim in ni odgovarjala na obupne poskuse umetnika, da bi ponovno pridobil njeno naklonjenost. Denarno od nje ni bil več odvisen. Čutil pa se je izdanega, osramočenega, kot da je bil le plačani služabnik bogate žene, ki se je naveličala njegove glasbe. Kljub temu, da je bil čaščen doma in v tujini, te ločitve v kratkem življenju, ki ga je imel še pred sabo, ni nikoli prebolel. Zaupniku gospe von Meck je napisal: »Nadežda Filaretovna je nastopila do mene okrutno. Nikoli nisem bil tako ponižan.«

Dobil je vabilo iz ZDA, kjer je dirigiral lastna dela. Tudi v Londonu je doživel navdušenje



* Ščelkunčik – lutka, igrača ruskih otrok, sicer naprava za drobljenje orehov.

poslušalcev. V Cambridgeu je – skupaj z Edwardom Griegom, Camillom Saint Saënsom, Arrigom Boitom in Maxom Bruchom – prejel častni doktorat.

6. simfonija in smrt P. I. Čajkovskega

V začetku leta 1893 je P. I. Čajkovski začel skladati svoje zadnje delo – 6. simfonijo. Ob tem je zapisal: »Na poti v Pariz se mi je porodila misel na novo simfonijo, tokrat s programom, ki naj ostane uganka. In ko sem razmišljal o njem, sem se razjokal. Finale ne bo glasni allegro, temveč podaljšan adagio.« Nečaku Bobu Davidovu (ki naj bi bil njegov ljubimec) je pisal: »Menim, da je to delo najbolj iskreno od vseh, kar sem jih doslej spisal.« Na jesen tega leta je zaključil instrumentiranje in 28. oktobra, teden dni pred njegovo smrtjo, je bila v Sankt Peterburgu prvič izvedena, dirigiral je avtor. Uspeh je bil mlačen, podobno kot pri prvi izvedbi 5. simfonije. Njegov brat Modest je predlagal, naj se imenuje »Patetična«, kar je avtor sprejel. Šele pri naslednji izvedbi, že nekaj dni po smrti Čajkovskega, so pretreseni poslušalci onemeli in spoznali umetniško vrednost simfonije, ki je postala ena najbolj izvajanih skladb svetovne glasbene ustvarjalnosti. Potek zadnjih dni življenja P. I. Čajkovskega je izčrpno dokumentiran, vendar po zapisih njegovih sorodnikov – zlasti brata Modesta in njegovih zdravnikov, ki so smrt pripisali akutni boleznii in niso dovoljevali kakršnih koli sumov na drugačni potek dogodkov. Obenem so njegovi sorodniki in sodobniki, pozneje še muzikologi v drugi polovici XX. stoletja, skušali ovreči domneve, da je umetnik storil samomor.



Prva stran rokopisa partiturne Patetične simfonije je posvetilom nečaku Vladimirju Davidovu.

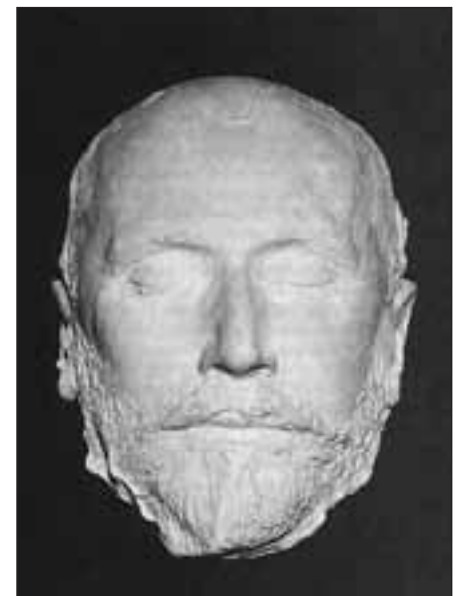


Pogled na Nevskij Prospekt (glavna ulica) v Sankt Peterburgu, kjer je bil P. I. Čajkovski v restavraciji s prijatelji dan preden je zbolel.

Po »uradnem scenariju« je imel Čajkovski že pred okužbo s kolero trebušne kolike, ponoči ni mogel spati. Svetovali so mu ricinusovo olje in grenko sol. V četrtek, 2. novembra, je prisedel k mizi in še preden bi mu lahko kdo preprečil, je baje popil kozarec neprekuhane vode, čeprav je v mestu strašila kolera in je Pjotr Iljič moral vedeti vzroke za to bolezen, saj je tudi njegova mati umrla med eno prejšnjih epidemij. Nekaj ur potem je dobil drisko in začel bruhati. Njegov osebni zdravnik je za nasvet poklical brata, ki je bil znan v aristokratskih krogih: ta je ugotovil, da gre za kolero. Naslednji dan je postal cianotičen, nastopila je anurija. Zdravnika sta ga dala v kad vroče vode, kar je bil takrat znan postopek pri odpovedi ledvic. V nedeljo je zgubil zavest, ko se je zavedel, pa je šepetal ime Nadežde von Meck in jo obtoževal nezvestobe. Ob treh zjutraj 6. novembra (po ruskem julijanskem koledarju, sicer 25. oktobra) je P. I. Čajkovski umrl.

O izsiljenem samomoru P. I. Čajkovskega so se začele širiti govornice kmalu po smrti skladatelja. Na Zahodu šele po 2. svetovni vojni iz virov ruskih političnih emigrantov, sicer muzikologov, ki so se zatekli v ZDA. »Zgodba« je pritegnila pozornost romanopiscev in celo scenaristov gledaliških del. V pričujočem prispevku, ki ima bolj esejistični namen kot zgodovinski pregled z navajanjem virov, iz katerih sem črpal podatke, moram poudariti prizadevanja ruske muzikologinje Aleksandre Orlove, ki je emigrirala v ZDA leta 1979, da bi svet seznanila »s skrivnostmi o življenju in smrti P. I. Čajkovskega«. Kot glavni vzrok za tragično usodo skladatelja navaja avtorica njegovo nagnjenje do moškega spola.

Da bi se izognili škandalu, ki bi onečastil ugled njegovih šolskih tovarišev iz sanktpeterburške pravne šole, so ga prisilili v samomor. Zgodbo o kolero naj bi si izmislil njegov brat Modest skupaj z osebnimi zdravniki, da bi prikrili resnico. Aleksandra Orlova je prisluhnila govoricam, ki so stare več kot sto let. Nobena od teh domnev ni zgodovinsko potrjena, vse so zgrajene na osnovi ustnih pričevanj, zadržuje leta 1977 ruski zgodovinar in biograf Čajkovskega Aleksander Poznansky, prav tako sovjetski emigrant. Kot



Skladateljeva posmrtna maska.

sodelavec univerze Yale v ZDA je objavil številne članke in knjige, ki razgaljajo spoznanja A. Orlove za nezgodovinska in neznanstvena. Kljub temu jih bom v nadaljevanju prispevka navedel vsebinsko in kronološko tako, kot jih je objavila avtorica.

V carski Rusiji, in tudi Sovjetski zvezi, je bila homoseksualnost tabu tema, o kateri se ni smelo raziskovati in pisati. Šele pred kratkim (1995) so bila v Moskvi objavljena pisma, kjer Čajkovski govori o svoji erotični nagnjenosti in o nekaterih svojih spolnih razmerjih. V Sovjetski zvezi je veljala uradna, državna prepoved, da bi se napisalo karkoli, kar bi zatemnilo ugled skladatelja, čeprav je po revoluciji obveljalo stališče, da gre za monarhista in zagovornika »malomeščanske otožnosti«.

Okoliščine smrti slavnih ljudi spodbujajo fantazijo ljudi in ustvarjajo različne legende. Spomnimo se zgodbe o namišljeni sovražnosti Salierija do Mozarta, kriv naj bi bil za Mozartovo smrt. Lahko si predstavljamo, kako veliko pozornost je v carski Rusiji, v vodilnih družabnih krogih v prestolnici Sankt Peterburg in v Moskvi, zbudilo nekonvencionalno življenje njegovega vodilnega skladatelja, zlasti zaradi njegovih homofilnih nagnjenj in romantičnega odnosa z eno najbolj bogatih žena v cesarstvu. Porodila so se različna ugibanja o vzrokih smrti Čajkovskega, ki so oporekala uradnemu stališču, da je bila kolera, temveč, da je bil v resnici prisiljen narediti samomor.

Nisem ne zgodovinar, ne muzikolog, ki bi se lotil lastnih raziskav in prišel bližje resnici. Za bralce revije Isis naj ponazorim ta nasprotna mnenja, ki so bila v zadnjih letih objavljena tudi v resnih muzikoloških časopisih! O homofilnih nagnjenjih Čajkovskega ni dvoma. Nikoli v njegovem spolnem življenju ni bilo ženske. Poroka je bila le fiktivna, tudi zaradi pritiska družine, da bi javno odvrnil sume. Na dan poroke je v obupu skušal narediti samomor, prijatelju je napisal, da se mu žena gnusi. Vedno, še iz časov internata, ko se je šolal v Sankt Peterburgu, je imel le moško družbo. Posebno pozornost je posvečal nekaterim svojim učencem, s katerimi je celo potoval po tujini. Zlasti je bil navezan na nečaka, Vladimira Davidova, ki naj bi bil njegov ljubimec. V tajnih arhivih cesarske Rusije naj bi šele pred kratkim odkrili, da je imel spolni odnos s 14-letnim fantom, sorodnikom uglednega aristokrata, ki naj bi o tem poročal cesarju.

Obsodba Čajkovskega bi lahko pomenila izgon v Sibirijo in odvzem vsega premoženja. Ni pisnih dokazov, da se je sestalo častno sodišče njegovih kolegov s fakultete, ki je predlagalo, naj naredi samomor, da bi ohranil lastno čast in čast družine. Zgodba pravi, da se je to zgodilo dan pred tem, ko uradno poročilo navaja, da je »popil kozarec neprekuhane vode«. Nasprotniki uradnega mnenja pravijo, da je Čajkovski samomorilec, ki se je zastrupil z arzenom. Klinični znaki pri tej zastrupitvi so res podobni opisanim v zadnjih skladateljevih dneh: hudi trebušni krči, bruhanje, žeja, driska, bolečine v mišicah, slabost, izguba zavesti, odpoved ledvic.

Naj še omenim zanimiva in značilna stališča, da homoseksualnost ni nujno pomenila tudi nevarno breme za Čajkovskega, češ, v cesarski Rusiji je v 19. stoletju res obstajala zakonodaja, ki je obsojala homoseksualce, vendar ni veljala za pripadnike družbene smetane; nekateri ministri in cesarski svetovalci so bili znani homoseksualci, nihče pa si jih ni upal tožiti. Brat cesarja Aleksandra III. je v Sankt Peterburgu celo ustanovil klub homoseksualcev! Ugled Čajkovskega je bil v Rusiji in tudi v tujini tako velik, da zagotovo javno ne bi bil uradno obtožen.

Oporekajo tudi drugim razlagam, ki naj bi pripeljale skladatelja do samomora. Tako navajajo njegov strah pred smrtjo, kar je pogosto izrazil v svojih pismih. Veljalo je, da se v njegovi prisotnosti ne govori o pogrebi, o krstah, o grobovih. Nekateri zato dvomijo, da bi takšna oseba storila samomor. Njegovi prijatelji navajajo, da je bil skladatelj zadnje mesece pred smrtjo v dobrem telesnem stanju, celo da se je zredil. Imel je obsežne načrte za novo opero, iskal je primeren scenarij. Ali bi skladatelj, ki načrtuje samomor, sklepal dogovore za gosto-

vanje v naslednjem letu v domovini in v tujini, tako ponovno v Londonu, v Amsterdamu in v glasbenih središčih Nemčije?

Zgodovinarica Orlova je svojo teorijo o zaroti zoper Čajkovskega in o njegovi nasilni smrti gradila na izjavah »tretjih oseb«, ki so od sorodnikov slišale »zaupne podatke«, kaj se je v resnici dogajalo v zadnjih dneh skladateljevega življenja. Če je res njegov zdravnik (V. B. Bertenson) pred smrtjo leta 1933 izjavil muzikologu Georgiju Orlovu (Aleksandrinemu soprogu!), da se je Čajkovski zastrupil, ta podatek lahko tolmačimo tudi »z vodo«, ne pa s strupom. Lahko dvomimo zlasti zato, ker je neverjetno, da bi ugledni zdravnik 40 let po smrti Čajkovskega priznal, da se je zlagal. Orlova je zgodbo o zaroti slišala od nekega svojega znanca, ki je končal leta 1913 sanktpeterburško pravno šolo, ta pa od vdove pravnik Nikolaja Borisoviča Jakobija, ki naj bi sodeloval na srečanju umetnikovih bivših kolegov s Čajkovskim, ki so ga »zaradi časti« prisilili v samomor. Poudariti je treba, da je bila v zadnjih letih ruskega cesarstva prisotna v družbi samomorilska psihoza, ki je prispevala h govoricam o smrti Čajkovskega. Takrat so bili odmevni npr. procesi zoper Oskarja Wilda v Angliji, izsiljeni samomor nemškega industrialca Fridriha Kruppa – oba sta bila znana kot homoseksualca. Nerazrešljiva uganka v zgodbi Aleksandre Orlove je strup, domnevno arzen: kdo naj bi ga izročil Čajkovskemu? Zastrupitev bi pravno ocenili kot umor. Njegovi zdravniki, brata Vasilij in Lev Bertenson, oba ugledna sanktpeterburška zdravnika, slednji znan tudi na cesarskem dvoru, ter mlajša asistenta, dr. A. L. Zander in dr. N. N. Mamonov, ki sta bila prisotna ob bolnikovi postelji, nikakor ne pridejo v poštev, prav tako ne brat Modest. Nekateri toksikologi dvomijo, da je klinični potek starih dni skladateljeve bolezni podoben zastrupitvi z arzenom.

Kolera se je pojavljala v obliki epidemije skozi stoletja v različnih predelih sveta kot posledica slabih higienskih razmer, zlasti zaradi okužene pitne vode. Z osebnimi stiki se ne prenaša. Na mednarodni konferenci v Dresdnu, na pomlad 1893, so sklenili, da karantena pri tej bolezni ni ustrezen ukrep. V Sankt Peterburgu je zbolelo in umrlo v dneh skladateljeve bolezni več sto ljudi, vendar večina v revnih predelih mesta brez ustreznega vodovoda in kanalizacije. Statistika te epidemije navaja, da jih je med zbolelimi preživela več kot polovica! (Tudi skladatelj (in zdravnik ter



Pogrebni sprevod 28. oktobra 1893 v Sankt Peterburgu.

kemik) A. Borodin je zbolel za kolero, vendar ozdravel!)

Modesta Čajkovskega, brata skladatelja, ki je pisno najbolj izčrpno spremljal potek bolezni, je pekla vest, da že pri prvih znakih bolezni in tudi naslednjih štiriindvajset ur ni poklical zdravnika, ker je bil zaposlen z izvedbo lastne gledališke igre. Šele poklicani zdravnik Lev Bertenson je ugotovil, da gre za hudo obliko kolere. Aleksandra Orlova v prid mnenja, da so zdravniki z izjavami, da gre za kolero, skušali prekriti zastrupitev, navaja, da so v poročilih o zdravstvenem stanju Čajkovskega in v spominih skladateljevega brata neuskkljena dejstva. Če primerjam navedene podatke, ne najdem razlogov za potrditev suma avtorice teorije zarote. Še najbolj prepričljiva je A. Orlova, ko navaja navodila cesarskih državnih sanitarnih organov iz leta 1892, kako ukrepati v smrtih primerih kolere: »Truplo naj se takoj zavije v rjuho, namočeno v dezinfekcijsko sredstvo. Po možnosti hitro naj se v dobro zaprti krsti odstrani iz hiše, da se omejijo pogrebne svečanosti, kjer bi se zbralo veliko ljudi. Če se bolnik zdravi doma, naj domači zapustijo hišo.« Resda teh navodil v odredbi, izdani naslednje leto, ni več. Če bi še veljala, bi zagotovo v javnosti prišlo do protestov, saj jih na domu skladatelja po njegovi smrti nihče ni upošteval. Čajkovski je umrl v zgodnjih jutranjih urah, njegovo truplo so pustili ležati na divanu, šele pozno zvečer so ga položili v krsto. Do takrat so se od njega poslavljali številni prijatelji – med njimi tudi skladatelj Rimski Korsakov – in občudovalci: omenjajo nekega čelista, ki ga je »poljubil na čelo in na obraz«. Lokalni časopisi so dnevno poročali o bolezni Čajkovskega, saj je bil eden najbolj znamenitih in ljubljenih sinov Rusije. Po njegovi smrti je v vodilnem časopisu Sankt Peterburga novinar zapisal, da »glede na to, da Čajkovski ni umrl zaradi kolere, temveč zaradi zastrupitve krvi – torej ne more biti govora o okužbi, je bila njegova krsta dolgo odprta«. Zanimivo, da o tem pomembnem podatku – mnenju časopisnega poročevalca, nisem zasledil odmeva ne v »taboru«, ki zagovarja »zaroto tišine«, ne pri zastopnikih mnenja, da A. Orlova zlorablja in ponareja zgodovino. Pa bi bilo zaželeno!

Obtožbe zoper zdravnike, ki so zdravili P. I. Čajkovskega

(obenem razmišljanja, kako bi se danes novinarji in naše stanovske organizacije odzvali v podobni situaciji)

Cesarsko Rusijo si do konca njene vladavine predstavljamo (tako smo se učili) kot »ječo narodov«, kot avtoritativno, brezpravno državo, kjer državljanom ni bilo dovoljeno, da bi javno povedali, kaj mislijo. Zato me je izredno presenetila polemika v ruskih časopisih neposredno po smrti P. I. Čajkovskega, kdo je kriv za njegov prezgodnji konec življenja. Že med štiridnevno boleznijo slavnega skladatelja so v mestni časopisni kroniki dnevno objavljali poročila. Nihče ni pričakoval tragičnega konca. Toliko bolj se je razplamtela ogorčenost, zakaj je moral umreti pripadnik visoke družbe, katere člani praviloma niso zboleli zaradi kolere. Takoj so se pojavile domneve, da gre za nasilno smrt. Tako piše njegov nečak in intimni prijatelj Jurij Davidov: »V nekaterih časopisih so se pojavila

namigovanja o zastrupitvi, o samomoru in druge neumnosti. O tem se govori celo v zdravniških krogih. Prepričan sem, da je zbolel zaradi kolere, prišlo je do uremije, kar pomeni zastrupitev krvi s sečem.« Zdravnik Lev Bertenson je bil priča od prvih znakov bolezni do smrti Čajkovskega. Hudo ogorčen in prizadet je za javnost napisal: »Moram se »distancirati« od zgrešenih objav v nekaterih časopisih o bolezni P. I. Čajkovskega. Zlasti zato, ker z večino novinarjev, ki o bolezni pišejo, nisem osebno govoril.« Javnost je terjala »kri«, kot piše v svojih spominih oseba, ki je dobro poznala P. I. Čajkovskega (A. I. Brjulova). Ljudje so se spraševali, ali so zdravniki res storili vse, kar narekuje sodobna medicina, ali so zaradi ošabnosti precenjevali lastno znanje in bolnika niso napolili na zdravljenje v bolnišnico. Najbolj glasen je bil glavni urednik dnevnika *Novoe vremja* A. V. Suvorin: v uvodniku, ki ga je objavil nekaj dni po smrti Čajkovskega (in ga navajam le malo skrajšanega, ker bi bil lahko napisan tudi pri nas, sto let pozneje!), dobesedno piše: »Zelo nezadovoljen sem z gospodom Vasilijem

Bertensonom ne le zato, ker ni znal pozdraviti Čajkovskega, temveč zlasti zato, ker ga je zapustil in prepustil zdravljenje bratu in njegovim asistentom. Sprašujem se, zakaj ni bil klican konzilij? Ali je zaupal le lastni avtoriteti? Ni storjeno vse, da bi ga rešili. Moje besede so za gospoda Bertensona lahko grozljive, zlasti, ker umrlemu niso v pomoč, vendar jaz pišem te besede za žive, da bi bile v prihodnje zdravnikom v pouk.« Ko berem te obtožbe (v začetku decembra 2008), imam pred seboj naš vodilni časopis Delo s skoraj identično vsebino o smrti dveh otrok v UKC Maribor in UKC Ljubljana, kjer starši tožijo zdravnike zaradi malomarnega zdravljenja s tragičnim koncem! Nil novi sub sole. Dva dni pozneje po navedenem uvodniku isti časopis piše: »Znano nam je, da je dr. Bertenson (Lev) izročil strokovnemu združenju (ni podatkov, kateremu!?) obširni potek bolezni in zdravljenja P. I. Čajkovskega, da je opravil vse po dognanjih znanosti. Vendar »korporativna miselnost« zdravnika preprečuje, da bi neke v časnih in tudi na strokovnih sejah obsojal. Resnica mora priti na svetlo in krivda mora biti dokazana. Dr. Bertenson bi moral sklicati konzilij, saj sam ni imel izkušenj za zdravljenje azijske kolere. In ko je postavil diagnozo, bi nemudoma moral



P. I. Čajkovski skupaj z nečakom Vladimirom Davidovim, ki ga je zvesto spremljal zadnja leta življenja in naj bi bil njegov intimni prijatelj (posnetek na jesen leta 1892).

poklicati mestne bolnišnične zdravnike, od katerih bi izvedel, da večino bolnikov lahko pozdravijo.» Tako je sklenil svojo oceno drugi novinar. Šele po javni izjavi Modesta, brata pokojnika, ki so jo objavili vsi časniki v prestolnici cesarske Rusije, da se zahvaljuje zdravnikom za zdravljenje P. I. Čajkovskega, je za nekaj časa izzvenela napetost. Modest je napisal in tudi javno objavil več strani dolgo poročilo, v katerem je za vsak dan posebej, skoraj za vsako uro, navedel potek bolezni do smrti skladatelja. Kljub temu se že omenjeni uvodničar v naslednjem prispevku sprašuje: »Kakšen pomen naj ima javno opravičilo Modesta Čajkovskega? Zdravniki, ki jih jemlje v zaščito, so odgovorni ne le do sorodnikov pokojnika, temveč do ruske družbe.«

Če se vrnemo na domneve A. Orlove o zaroti zoper P. I. Čajkovskega, v kateri naj bi sodelovali ali prikrili resnico tudi zdravniki, sicer avtorica ne oporeka poteku bolezni, kot so ga obširno opisali zdravniki in brat pokojnika, išče pa neskladnost v teh poročilih, zlasti v dogajanjih neposredno po smrti, na kar smo prej že opozorili.

Epilog

Skladatelj Pjotra Iljiča Čajkovskega ni moč umestiti v nobeno drugo zgodovinsko obdobje kot v pozno romantiko druge polovice XIX. stoletja. Ne le zaradi značilnosti njegove glasbe, temveč tudi zaradi njegovega načina življenja in pojmovanja, ki sta bila možna le v zadnjih desetih letih cesarske Rusije. Njegova homoseksualna nagnjenja in platonška ljubezen do bogate vdove, s katero si je dopisoval skoraj petnajst let, ne da bi jo kdajkoli spoznal in z njo spregovoril kakšno besedo, so proslavili njegov življenjepis in ga je naredili še bolj skrivnostnega in zapeljivega. Skladateljeva, lahko zatrdimo, dvojna narava: navzven, za družbo, šarmantnega, skromnega, obenem radodarnega moškega, hkrati hudo nevrotičnega človeka, ki je pogosto zapadel v duševne krize s potrebo po samotni, ki nikoli ni občutil ljubezni do ženske, ki je hotel biti slaven, a obenem sovražil zunanji blišč in se bal stikov z množico, ga je zaznamovala za vse življenje. Kljub temu menim, da je bil P. I. Čajkovski srečen človek: užival je v skladanju, ko so se mu porajale nove melodije in harmonije in jih

je lahko ohranil, zapisal; užival je na podeželju ruske zemlje v stiku z naravo; imel je zelo tesne, ljubeče stike s svojo ožjo družino, zlasti z obema bratoma Modestom in Anatolijem ter sestro Aleksandro; srečen je moral biti tudi v družbi nečaka Davidova, ki ga je zvesto spremljal zadnja leta življenja; moral je biti zadovoljen, ko je do poznih nočnih ur veseljačil v moški družbi prijateljev. V finančnih krizah, zaradi katerih bi lahko bil najbolj prizadet, ga je več kot desetletje reševalo mecenstvo gospe von Meck, ki mu je omogočila pogoste poti v tujino, tudi s spremstvom, daljša bivanja v luksuznih hotelih Švice, Francije in Italije. Iz različnih, celo protislovnih poročil, lahko ocenjujemo, ali so njegova homoseksualna nagnjenja res pomenila hudo breme za njegovo duševnost. Že kot začetnik v glasbenem ustvarjanju, komaj osemindvajsetletnik, je doživel slavo s »simfonijsko pesnitvijo« Romeo in Julija. Z zadnjimi simfonijami, 4., 5. in 6., ter z operami Onjegin in Pikova dama je postal ne le najbolj slavni skladatelj Rusije, temveč so ga vabili na odre v vsa glasbena središča Evrope in v Ameriki. Več let je predaval na moskovskem

glasbenem konservatoriju in imel navdušene študente. Kakšna priznanja za skladatelja!

P. I. Čajkovski je bil kot skladatelj izredno ploden. Resda so njegove skladbe različne kakovosti in vse niso ohranile pozornosti poslušalcev; pozabljene so celo njegove opere, saj sta na odrih prisotni le dve, Onjegin in Pikova dama; prav tako le zadnje tri simfonije. Njegova glasba ima nezgrešljive značilnosti: ne le šolani glasbenik bo pri poslušanju nekaj taktov skladb P. I. Čajkovskega uganil, kdo je avtor. Kar pa se izvaja na vseh glasbenih odrih sveta, je vrhunsko, nudi užitek ljudem, ki sicer niso vajeni poslušanja klasične glasbe. Neprekosljivi so klavirski koncert v b-molu, njegov edini koncert za violino in orkester, njegove simfonične pesnitve, njegova baletna glasba, zlasti Labodje jezero, in seveda zadnja, patetična simfonija v h-molu.

Zgodbe o »zaroti molka« zoper P. I. Čajkovskega, ki naj bi privedla do prezgodnje skladateljeve smrti, so se ponovno razširile v zadnjih desetletjih prejšnjega stoletja in le še podžigale priljubljenost njegove glasbe. O Čajkovskem so se snemali filmi, tudi s »hollywoodsko osladnim« scenarijem. Ni zgodovinskih, znanstveno potrjenih dokumentov oziroma prič, ki bi pritrdile, da je P. I. Čajkovski storil samomor. Tudi življenje skladatelja neposredno pred smrtjo ni kazalo kakšnih dramatičnih odklonov od njegovega vsakdana. Kot zdravnik menim, da je umrl »naravne smrti« zaradi kolere.

Pandemije kolere v Evropi niso bile neznanca, zlasti huda se je razširila iz nemškega pristanišča Hamburg ob koncu XIX. stoletja in terjala sto tisoče žrtev. V Ljubljani se je pojavila s prihodom vojnih ujetnikov med prvo svetovno vojno. Znano je, da se bolezen lahko izrazi le z bežno drisko, bolnik pa je nevaren klicenosec, lahko pa v fulminantni obliki, ki v 24 urah s toksičnim šokom privede do smrti. Potek bolezni P. I. Čajkovskega lahko ocenimo za malignega, saj je že drugi dan bolezen nastopila anurija, odpoved ledvic. Zato bodimo prizanesljivi do njegovih zdravnikov, zlasti vodilnega Leva Bertensona, pri ocenjevanju zdravstvenega stanja skladatelja in zdravljenja ter da se niso odločili za hospitalizacijo. V bolnišnicah Evrope proti koncu XIX. stoletja so že obvladali intravenske infuzije, ki



Nagrobni spomenik Čajkovskega na pokopališču v Sankt Peterburgu.

lahko rešujejo življenje dehidriranega bolnika z elektrolitskim neravnostjem (1). Vibrio kolere izloča izredno strupen toksin (sicer sam ne vdre v kri), ki lahko nepovratno poškoduje ledvice in tudi jetrne celice, zato je vprašljivo, ali bi skladatelju celo medicina XXI. stoletja pomagala, da bi po okužbi s kolero ostal živ.

Kakorkoli že, če odmislimo nevsakdanjo življenjsko pot P. I. Čajkovskega, odklone v njegovi naravi od družbeno sprejemljivih okvirov, dvome o vzrokih za njegovo nenadno, prezgodnjo smrt: njegova glasba – zlasti patetična simfonija, ki je obenem njegov rekvijem – plemeniti duševnost človeka in bo ne glede na zgodovinske spremembe v miselnosti, kaj je v umetnosti lepo in kaj je grdo (glej Umberto Eco) – živela še naprej, dokler bo človek – *homo sapiens* – še naseljeval naš planet.

P.S.

Prve dni februarja leta 1893 je P. I. Čajkovski prišel iz Moskve v prestolnico zaradi pogovorov o izvedbi lastnih skladb. Čeprav je bila že nekaj časa v Sankt Peterburgu ugotovljena epidemija kolere, prebivalstva očitno ni zajela panika, saj so bili prizadeti le predeli mesta, kjer so živeli revni. Sanitarna uprava je sicer opozarjala na nevarnost pitja neprekuhanе vode in odredjala ukrepe za zajezitev bolezni. Lahko domnevamo, da se je večina zbolelih zdravila v bolnišnici, z izjemo bogatih meščanov in aristokracije.

Nisem pa zasledil v biografijah Čajkovskega, v monografijah muzikologov ali medicincev podatkov, kako je potekalo zdravljenje hospitaliziranih bolnikov s kolero, saj bi lahko tako potrdili sume ali razbremenili obtožene, da so odgovorni za prezgodnjo skladateljevo smrt. Zato sem pisal infektološkim oddelkom v Sankt Peterburgu in Moskvi s prošnjo, naj pregledajo medicinsko dokumentacijo bolnikov, ki so se ob koncu devetnajstega stoletja zdravili zaradi kolere. Naknadno sem postavil vprašanje zdravniški zbornici Rusije, tudi zgodovinarjem medicine v Moskvi in Sankt Peterburgu, ali se je katera od njihovih stanovskih organizacij postavila v bran navedenim zdravnikom, ko so po smrti skladatelja vodilni časopisi v državi hujskali javnost. (Žal do oddaje rokopisa v tisk slednji niso odgovorili!)

Etiološkega zdravljenja kolere do odkritja antibiotikov ni bilo. Simptomatska zdravila so bila brez pomembnejšega učinka. Življenje lahko rešuje infuzija nadomestnih tekočin, saj organizem pri koleri z drisko in bruhanjem zgublja vodo in elektrolite, hipovolemični šok vodi do odpovedi metabolizma ter do hude akutne



Naslovnica knjižice o koleri, tiskana leta 1905 v Sankt Peterburgu.

okvare ledvic z anurijo. Obenem strupi vibrio kolere prizadenejo ožilje in ostale vitalne organe. Toksični gastroenterokolitis tudi danes ogroža življenje bolnika. Naj omenim, da smo v enoto intenzivne terapije ljubljanskega kliničnega oddelka za otroško kirurgijo sprejeli več hudo izsušenih otrok, zlasti dojenčkov, pri katerih je prišlo tudi do odpovedi ledvičnih funkcij; da so preživeli, je bila pri nekaterih potrebna peritonealna ali hemodializa. Intravenska infuzija tekočin v krvni obtok se je začela uveljavljati šele v drugi polovici XIX. stoletja, zlasti ko je francoski zdravnik Ch. G. Pravaz iznašel votlo iglo in kovinsko brizgo, ki jo je sprva namenil za intravensko dajanje zdravil. Berlinski kirurg A. Landerer je leta 1885 pri znatni izgubi krvi uvedel intravensko izotonično 0,9-odstotno raztopino kuhinjske soli (1). Šele odkritje krvnih skupin je omogočilo razvoj transfuziologije, obenem tudi tehnike dajanja intravenskih tekočin. Kljub temu so ob koncu XIX. stoletja številne bolnišnice v Evropi že uporabljali intravensko dajanje tekočin pri hudih oblikah izsušenosti, pa tudi pri izkrvavitvah.

Pogrešal sem torej razlage za svojo radovednost, kakšne so bile možnosti za zdravljenje hudo prizadetega bolnika s kolero v carski Rusiji? Presenetljivo hitro smo na našo poizvedbo dobili odgovore iz Sankt Peterburga in Moskve. Odgovor dr. Sergeja Varzina, kirurga sanktpeterburške državne univerze, bom iz tega dopisovanja takoj izločil: poučuje me, da

sem v zmoti, če menim, da je P. I. Čajkovski umrl zaradi kolere; storil naj bi samomor, in to s strelnim orožjem. Pisec mi ni priložil nobenega dokazilnega spisa, zakaj naj bi bila njegova trditev resnična. Urednik Vestnika infektologije in parazitologije iz Sankt Peterburga, dr. Sergej Zaharenko, nam je pojasnil, da so v času epidemije kolere ob koncu XIX. stoletja v sanktpeterburški bolnišnici bolnike zdravili z infuzijami, vendar mora poiskati konkretne podatke. (Žal jih do danes ni poslal!) Poslal pa nam je po elektronski pošti dve knjižici, ki obravnavata zdravljenje kolere v tistem obdobju: prva je namenjena prebivalstvu, tiskana leta 1905 (glej sliko 14), druga je strokovna iz leta 1918 z naslovom Aziatska kolera. V prvi, poljudno napisani knjižici avtor obširno razlaga vzroke za to kužno bolezen, opisuje značilnosti povzročitelja ter klinične znake bolezni. Obširno razlaga tudi sanitarne ukrepe, ki preprečujejo širitev bolezni, zlasti pomen okužene vode in izločkov bolnika. V zdravljenju poudarja segrevanje bolnika, priporoča klistiranje v začetku bolezni z namenom, da bi odstranili povzročitelja bolezni iz telesa. Per os priporoča tudi konjak za poživitev organizma. Zasledili smo tudi pomemben podatek za naša razmišljanja, da naj se bolnik s kolero sprejme v bolnišnico, kjer lahko dobi infuzijo 0,5-odstotne raztopine soli, ker da ta razredčuje zgoščeno kri. O preživetju bolnikov ni omenbe. V drugem, strokovnem tisku iz leta 1918, že takoj po revoluciji, v poglavju klinika kolere, avtor obširno navaja podatke o inkubacijski dobi ter klinični sliki. Avtor poudarja, da se kolera lahko pojavi v blagi obliki in kmalu izzveni brez posledic, lahko pa preide v hudo obliko, ki ogroža življenje: imenuje jo tifoidna kolera. Zdravljenje v tem času seveda ni moglo biti etiološko. Brezuspšno so poskušali s različnimi vakcinami in serumi. Tudi v tej objavi je poudarjen pomen intravenskih infuzij. Od leta 1908 so ob vakcinaciji ali serumski terapiji začeli dajati velike količine raztopine soli, tudi do štiri litre, in uspešnost zdravljenja zmotno pripisali tudi vakcini ali serumu.

Naj sklenem ta razmišljanja z mnenjem (ki sem ga že navedel): poklicno kot zdravnik sem prepričan, da je P. I. Čajkovski umrl zaradi kolere; ali sem se zmotil, ker je resnica lahko iracionalna?

Želim se zahvaliti Dzhamilyat Abdulkhalkovi, absolventki ljubljanske Medicinske fakultete (maturirala je v Rusiji) za povezavo z znanstvenimi ustanovami v Rusiji in za nasvete pri izbiri slik. Zahvaljujem se tudi slovenistki Marti Brečko Vrhovnik za jezikovne nasvete. ■

¹P. Borisov. Problematika transfuzije krvi pri človeku skozi zgodovino. *Med razgl* 1988; 27: 51–78.

Razmišljanje o zdravniški moči

Ob dogodku pa se je tudi pokazalo, da ni bilo modro, da se je nekdo tako neposredno vmešal v dolgoletno obravnavo kroničnega neozdravljivega bolnika, in sicer ne zaradi njegovega zdravnika, ampak zaradi bolnika, kateremu je bilo obljubljen več, kot bo lahko izpolnjeno. Na drugi strani pa se ga je obremenilo z dilemami, ki jih imamo zdravniki pri takih bolnikih in jih bolnik še težje razrešuje kot njegovi zdravniki, ker nima ustreznega strokovnega znanja; ima pa svojo neozdravljivo bolezen, s katero mora živeti, dokler je živ.

Bila si stara šestnajst let, ko sva se prvič srečali. Z obojestransko pljučnico si bila sprejeta na bolnišnični oddelku, na katerem sem takrat delala. Ugotovljeno je bilo, da je pljučnica posledica cistične fibroze, ki pri tebi do te pljučnice še ni bila diagnosticirana. Naključje je torej hotelo, da sem postala tvoja zdravnica.

Ko sem ti pojasnjevala bolezen, sem ti takrat in tudi kasneje razlagala, da bolezen povzroča mutacija gena, ki regulira prepustnost celične membrane epitelnih celic v organizmu. Zaradi omenjene genetske motnje se klorovi ioni ne transportirajo iz epitelnih celic, absorbirajo pa se vanje natrijevi ioni. V pljučih pride zaradi omenjene motnje do stajanja tekočinske plasti na površini dihalnih poti. Slednje zmanjša učinkovitost sistema čiščenja dihalnih poti. Sluz zastaja v dihalnih poteh. Nastanejo pogoji za kolonizacijo dihalnih poti z različnimi mikroorganizmi in za zagon pljučnic.

Povedala sem ti tudi, da je bolezen neozdravljiva in da vedno napreduje.

Razložila sem ti, da je napredovanje okvare pljuč posledica vnetja v pljučih, katerega aktivnost je pogojena na eni strani s prirojeno motnjo (vnetje so ugotovili že v pljučih novorojencev s cistično fibrozo pljuč) ter na drugi strani s pljučnicami.

Seznanila sem te tudi z dejstvom, da bolniki še ne znamo vzročno zdraviti oziroma da bi edinole zdravljenje, ki bi normaliziralo oziroma kompenziralo genetsko povzročeno motnjo v prepustnosti membrane epitelnih celic, lahko ustavilo napredovanje okvare pljuč. Povedala sem ti tudi, da za sedaj obstoji simptomatsko zdravljenje bolniki, ki v osnovi želi zmanjšati pogostnost zagonov okužb v pljučih, ter da »na koncu boleznici« obstaja možnost zdravljenja s presaditvijo pljuč.

Razložila sem ti, da je najstarejša poznana metoda zdravljenja cistične fibroze pljuč fizikalna terapija, s katero se želi izboljšati čiščenje dihalnih

poti, ter da podoben cilj zasledujejo tudi novejša metode, ki poskušajo doseči zmanjšanje viskoznosti sluzi v pljučih oziroma doseči rehidracijo pljuč. Pojasnila sem ti tudi problematiko antibiotičnega zdravljenja bolniki ter da se poskuša na primer z režimi rednih inhalacij antibiotikov preprečevati oziroma zmanjšati pogostnost pljučnic.

Priznala sem ti, da se ocene o učinkovitosti omenjenih metod zdravljenja med avtorji razlikujejo ter da se v zadnjih letih opazovano izboljšanje preživetja bolnikov vendarle pripisuje predvsem zgodnejšemu odkrivanju boleznici in boljšemu antibiotičnemu zdravljenju zagonov okužb v pljučih.

Premišljam tudi, da je minilo že dvanajst let, odkar se je prepoznalo tvojo bolezen...

V teh dvanajstih letih sem te skozi bolezen vodila s prilagajanjem ukrepanja tvojim kliničnim težavam. V dvanajstih letih si bila šestkrat hospitalizirana. Če primerjam število tvojih hospitalizacij s številom hospitalizacij nekaterih drugih bolnikov s to boleznijo, ugotavljam, da si bila v teh dvanajstih letih redko hospitalizirana, kar pa je nedvomno zelo pomembno prispevalo k tvojemu dokaj normalnemu življenju.

Šestnajstletnica si v teh dvanajstih letih zrasla v osemindvajsetletno ženo. Redno si končala šolanje, se redno zaposlila, bila zelo redko na bolniškem dopustu... se zaljubila, razočarala, razmišljala o materinstvu, si našla novo ljubezen... letuješ, potuješ, živiš... Ne počutiš se kot bolnica. Zavedaš se sicer, da imaš bolezen, ki pa v vseh dvanajstih letih ni postala center tvojega življenja. Svoje življenje si neopazno prilagajala boleznici, ki te do sedaj ni prikrajšala za »življenje«.

Potem pa ti je bilo usojeno, da si srečala predstavnika načina razmišljanja, ki je značilno za prihajajočo mlado »generacijo Y«, ki je začutil potrebo, da ti mora povedati, da do sedaj nisi bila deležna sodobnega zdravljenja.

Ko si mi povedala za dogodek, sem ugotovila (ker te pač dvanajst let poznam), da si zaskrbljena, in sem postala žalostna zaradi tega, kar si mi povedala.

Prva stvar, ki sem se jo po tvoji pripovedi vprašala, je bila: »Kaj je pravzaprav osnovni cilj obravnavanja kroničnega neozdravljivega bolnika in kakšna je vloga zdravnika pri vodenju takega bolnika?«

Ali ni primarni cilj obravnavanja kroničnega neozdravljivega bolnika zagotoviti mu čim bolj normalno življenje?

Bi lahko ugotovila, da je bil v opisanem primeru cilj dokaj normalnega življenja dosežen?!

Naslednje, kar sem se vprašala, je bilo, ali ni opisani dogodek posledica v zadnjem času zaznavnega trenda precenjevanja sposobnosti medicine, ki se kaže na svoj način tudi v izdelovanju različnih smernic diagnostike in zdravljenja boleznici. Smernice so, da se prav razumemo, nedvomno smiselne pri razjasnjenih in ozdravljivih boleznicih. So pa lahko vprašljive pri boleznicih, ki jih vzročno še ne znamo zdraviti in jih za sedaj zdravimo simptomatsko.

V dolgoletni zdravniški praksi sem se večkrat prepričala, da je treba, posebej pri obravnavanju kroničnega neozdravljivega bolnika, upoštevati bolnika kot človeka, se mu prilagajati, se zavdati svoje moči vplivanja na njegovo življenje ter svoje omejene učinkovitosti pri njegovem zdravljenju. Zlasti za takega bolnika je lahko lažen vtis vsemočnosti medicinske znanosti nevaren. Težišče obravnave bolnika se namreč v takih primerih rado premakne z bolnika na izvajanje »smernic obravnave«. Pozabi se, da simptomatsko zdravljenje bolniku kot posamezniku ne jamči (razen statistično) ugodnejšega poteka boleznici. Pri kroničnih neozdravljivih boleznicih bi bilo treba predvsem presojati učinek naših ravnanj, ki bi ga v opisanem primeru lahko merili s pogostnostjo hospitalizacij in kakovostjo življenja bolnice, ki je bolezen v dvanajstih letih še ni izločila iz »običajnega življenja«, kot je marsikaterega njeje podobnega bolnika, ki je bil pogosteje hospitaliziran.

Ob dogodku pa se je tudi pokazalo, da ni bilo modro, da se je nekdo tako neposredno vmešal v dolgoletno obravnavo kroničnega neozdravljivega bolnika, in sicer ne zaradi njegovega zdravnika (ki mu je bila, mimogrede povedano, z opisanim ravnanjem v odnosu zdravnik - bolnik načeta avtoriteta izbranega zdravnika), ampak zaradi bolnika, kateremu je bilo obljubljen več, kot bo lahko izpolnjeno. Na drugi strani pa se ga je obremenilo z dilemami, ki jih imamo zdravniki pri takih bolnikih in jih bolnik še težje razrešuje kot njegovi zdravniki, ker nima ustreznega strokovnega znanja; ima pa svojo neozdravljivo bolezen, s katero mora živeti, dokler je živ.

Mislím, da v vsakdanu vendarle ne bi smeli pozabljati, da medicina ni matematika ter da je njena učinkovitost, še zlasti kadar bolezen zdravi le simptomatsko, omejena in torej ni, kot nam včasih vzbujajo vtis, vsemočna. ■

Zlata Remškar

PRIJAVNICA

ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI (velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo
(ustrezno obkrožite oziroma dopišite)

prosim, pošljite informacije

drugo _____

srečanje

udeleženec/udeleženka

ime in priimek

naslov stalnega bivališča

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK

PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe - kotizacije

Naziv plačnika

Točen naslov sedeža plačnika

Telefon

Faks

E-pošta

Kontaktna oseba

Izjava - davčni zavezanec (obkroži)

da

ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI SAMO ZA TISTA STROKOVNA SREČANJA, KI JIH ŽELITE UVELJAVLJATI ZA PODALJŠANJE LICENCE

Kraj rojstva

Datum rojstva

Naziv delovne organizacije

Delovno mesto

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktičnem usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal/a

s položnico

ob prijavi

datum

podpis

MAREC 2009		TEMA	VSEBINA	
marec-maj		št. kandidatov		
MARIBOR Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica (CMK)	UPORABA ELEKTRONSKIH INFORMACIJSKIH VIROV - URNIK IZOBRAŽEVANJA V CMK podroben urnik na spletni strani Zbornice	***	***	
3. ob 8.00				
LJUBLJANA Dvorana Smelt, Dunajska 160	5. SOOČENJE MNENJ SPECIALISTOV – INTERAKTIVNA KONFERENCA: PRISTOP K BOLNIKU Z BOLEČINO podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	interaktivna učna delavnica je namenjena vsem zdravnikom	
5.–7.				
KRANJSKA GORA Hotel Lek	ESAO – WINTER SCHOOL 2009	100	mednarodna podiplomska šola je namenjena nefrologom, internistom, kardiotransplantologom, hepatologom, intenzivistom	
6. ob 10.00				
DEVIN PRI TRSTU Devinski grad	PREHRANA – IZBRANA POGLAVJA	ni omejeno	strokovno srečanje združenja za pediatrijo pri SZD, namenjeno pediatrom in ostalim zdravnikom	
6.				
LJUBLJANA Gospodarska zbornica Slovenije, Dimičeva 13, 1000 Ljubljana	SKRB ZA USTNO ZDRAVJE, KDAJ SE PREVENTIVA PRIČNE IN KDAJ KONČA?	100–200	strokovno izpopolnjevanje zobozdravnikov	
6.–7.				
LJUBLJANA Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše Ljubljana, Gotska ulica 18	1. STOPNJA USPOSABLJANJA IZ VEDENJSKIH IN KOGNITIVNIH TERAPIJ – PRAKTIKUM 1	40	prva stopnja usposabljanja iz vedenjskih in kognitivnih terapij, namenjena zdravnicam in zdravnikom, psihologinjam in psihologom	
7. ob 9.00				
LJUBLJANA Gospodarska zbornica Slovenije – dvorana C	ORTODONTSKO KIRURŠKO ZDRAVLJENJE SKELETNIH NEPRAVILNOSTI OBRAZA	***	strokovni seminar, namenjen specialistom in specializantom ortodontom, specialistom in specializantom oralne in maksilofacialne kirurgije, zobozdravnikom	
7.				
LJUBLJANA Cankarjev dom	JUBILEJNI 10. SLOVENSKI FORUM ZA PREVENTIVO BOLEZNI SRCA IN ŽILJA	100–120	redno letno plenarno zasedanje slovenskega foruma za preventivo bolezni srca in žilja je namenjeno zdravnikom in strokovnjakom različnih poklicev, ki jih posebej zanima preventiva bolezni srca in žilja	
12.–14.				
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA	neomejeno	podiplomska šola je namenjena specializantom interne medicine, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, internistom	
13.–14. ob 14.00				
PORTOROŽ Kongresni center hotelov LifeClass, Hotel Slovenija	VII. CELJSKI DNEVI – POŠKODBE OTROŠKEGA SKELETA TER POŠKODBE NEVROKRANIUMA IN MOŽGANOV podroben program na spletni strani Zbornice	neomejeno	bienalni interdisciplinarni strokovni sestanek o zdravljenju poškodb skeleta v otroški dobi (razen hrbtenice in medenice) in poškodb nevrokraniuma, s sodelovanjem nevrokirurgov – z mednarodno udeležbo za specialiste in specializante kirurgije, ortopedije, travmatologije in splošne kirurgije, nevrokirurgije, anesteziologije, družinske in splošne medicine	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
***	informacije: W: http://www.mf.uni-lj.si/katedra/379/48 , prijave: E: infocmk@mf.uni-lj.si	tečajji so za člane CMK brezplačni, za ostale je cena 18,15 EUR brez DDV	***
Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za gastroenterologijo, Rado Janša	prijave: KO za gastroenterologijo, Japljeva 2, 1000 Ljubljana, Melita Šušmelj, E: melita.susmelj@kclj.si , informacije: Rado Janša, Melita Šušmelj, T: 01 522 26 39, F: 01 433 41 90	70 EUR, za upokojene zdravnike, študente kotizacije ni	7,5
ESAO v sodelovanju s Slovenskim nefrološkim društvom, Dieter Falkenhagen, Krems, Avstrija, Rafael Ponikvar, UKC Ljubljana	informacije: ESAO Office, Anita Aichinger, Krems, Avstrija, T: 43 2732 893 2633, F: 43 2732 893 4600, E: anita.aichinger@dona , W: www.esao.org	predprijava: člani 200 EUR, nečlani 250 EUR, po 6. februarju: člani 250 EUR, nečlani 300 EUR	***
prim. Ivan Vidmar, dr. med., Združenje za pediatrijo	informacije: ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in IT, UKC Ljubljana, T: 01 522 29 65, F: 01 430 17 14, E: nevenka.lepin@kclj.si	kotizacije ni	***
Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Aleksander Velkov, dr. dent. med.	prijave: Stomatološka sekcija SZD, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, 01 434 25 82	110 EUR + DDV	***
Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, ga. Vera Slodnjak	prijave in informacije: ga. Barbara Zemljak, Društvo za vedenjsko in kognitivno terapijo Slovenije, Gotska ulica 18, 1000 Ljubljana, T: 01 583 75 00 (od ponedeljka do petka od 13.00 do 14.00), E: barbarazemljak@gmail.com	650 EUR (DDV je vključen)	***
Slovensko ortodontsko društvo in Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	doc. dr. Martina Drevenšek, dr. med., T: 01 522 42 60, E: martina.drevensek@sod-slovenija.si	180 EUR, za specializante 100 EUR (DDV je vključen)	***
Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za preventivo bolezni srca in žilja, dr. Zlatko Fras, dr. med.	prijave: Združenje kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01	kotizacije ni	***
Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.	prijave: KO za nefrologijo, administracija 8. nad., UKC Ljubljana, Zaloška 7, s pripisom »nefrološka šola«, informacije: doc. dr. Damjan Kovač, dr. med., T: 01 522 31 10, E: damjan.kovac@kclj.si	200 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	v postopku
prof. dr. Radko Komadina, dr. med., svetnik, Društvo travmatologov Slovenije, Splošna in učna bolnišnica Celje	prijave na E: sbcrdi@guest.arnes.si najkasneje do 1. marca 2009 (na prijavnici poleg imena zabeležite tudi uradni naziv in naslov plačnika kotizacije skupaj z davčno številko), informacije: prof. dr. R. Komadina, dr. med., F: 03 423 38 99, E: sbcrdi@guest.arnes.si	kotizacija za udeležence, razen za člane zgoraj navedenih društev, znaša 100 EUR (DDV ni vključen), enodnevna kotizacija 50 EUR (DDV ni vključen), za študente MF kotizacije ni	***

MAREC 2009		TEMA	VSEBINA	
14. ob 8.30				
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, Korytkova ulica 2	OTORINOLARINGOLOŠKI DAN 2009 »OTORINOLARINGOLOŠKI PROBLEMI PRI OTROKU« podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	podiplomski seminar za pediatrie, šolske in družinske zdravnike	
14.				
LJUBLJANA Poslovna stavba Smelt	4. SIMPOZIJ – AKUTNA MOŽGANSKA KAP podroben program na spletni strani Zbornice	***	simpozij za vse, ki želijo izpopolniti svoje znanje na področju obravnave bolnikov z možgansko-žilno boleznijo ali izvedeti največ o tej katastrofalni bolezni	
17. ob 13.00				
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	RECENT ADVANCES IN SARCOIDOSIS RESEARCH - THE 1ST MEETING	ni omejeno	strokovno-raziskovalno-klinično srečanje je namenjeno vsem zdravnikom	
19.–20. ob 9.00				
ROGAŠKA SLATINA Grand hotel Sava	TEČAJ IZ PEDIATRIČNE REANIMACIJE	32	tečaj je namenjen pediatrom, urgentnim zdravnikom, anesteziologom	
20.–21.				
LJUBLJANA Cankarjev dom, Linhartova dvorana	12. SCHROTTTOVI DNEVI podroben program na spletni strani Zbornice	300	strokovno izobraževanje za zdravnike družinske medicine, specializante in sekundarije	
20.–21. ob 9.00				
MARIBOR Univerzitetni klinični center, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, velika predavalnica	DELAVNICE KIRURŠKIH TEHNIK – INTRAMEDULARNA UČVRSTITEV ZLOMOV podroben program na spletni strani Zbornice	18	delavnica je namenjena specializantom in specialistom kirurgije, travmatologije in ortopedije	
21. ob 8.30				
ZDRAVILIŠČE LAŠKO	OTROK ŠPORTNIK	***	srečanje je namenjeno vsem zdravnikom, ki se pri svojem delu ukvarjajo z otroki	
26.–28. ob 16.00				
LJUBLJANA Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10	2. NADALJEVALNI TEČAJ »ANKSIOZNO-TESNOBNA STANJA« podroben program na spletni strani Zbornice	16–20	tečaj medicinske hipnoze za zdravnike, psihologe in medicinske delavce ter za vse, ki že imajo osnovna znanja iz hipnoze (npr. Začetni tečaj hipnoze pri prof. Marjanu Pajntarju), da tako svoje znanje v manjših skupinah še poglobijo ter si po opravljenem celotnem sklopu izobraževanja pridobijo naziv hipnoterapevt	
27. ob 13.00				
LJUBLJANA Medicinska fakulteta, srednja predavalnica	14. REDNI LETNI POSVET O OBRAVNAVI IN SPREMLJANJU BOLNIKOV S TUBERKULOZO V SLOVENIJI	ni omejeno	srečanje je namenjeno zdravnikom in medicinskim sestram, ki se ukvarjajo z zdravljenjem tuberkuloze	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, Klinika za ORL in CFK, UKC Ljubljana, Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD, prof. dr. Miha Žargi, dr. med., višji svetnik	prijave in informacije: ga. Tatjana Železnik, dipl. ekon., E: tatjana.zeleznik@kclj.si, F: 01 522 48 15	100 EUR + DDV, vključuje tudi zbornik predavanj in potrdilo o udeležbi	v postopku
Sekcija za možgansko-žilne bolezni pri Slovenskem zdravniškem društvu, UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, KO za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo v sodelovanju z Društvom za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni	prijave do 28. 2. 2009 na naslov: ga. Andreja Merčun, Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, T: 05 901 12 34, E: mzb@glavobol.com, informacije: W: www.mozganska-kap.info	75 EUR (DDV je vključen) na naslov: Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni, TRR: 02014-0254875709 pri NLB	***
Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergije, UKC, Marjeta Terčelj, Barbara Salobir	prijave: E: marjeta.tercelj@kclj.si, informacije: E: bernarda.bregar@kclj.si, marjeta.tercelj@kclj.si, barbara.salobir.pulmo@kclj.si, W: http://www.sarcoidosis.si, T: 00 386 1 522 28 26, F: 00 386 1 522 23 47	kotizacije ni	***
prim. Ivan Vidmar, dr. med., SZUM in KO za otroško kirurgijo in IT, UKC Ljubljana	informacije: ga. Nevenka Lepin, KO za otroško kirurgijo in IT, UKC Ljubljana, T: 01 522 29 65, F: 01 430 17 14, E: nevenka.lepin@kclj.si	840 EUR	***
Katedra za družinsko medicino, Združenje zdravnikov družinske medicine, Zavod za razvoj družinske medicine, asist. dr. Tonka Poplas Susič, dr. med., asist. mag. Rajko Vajd, dr. med.	informacije: Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, Ljubljana, ga. Ana Artnak, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	200 EUR (DDV ni vključen v ceno)	v postopku
Medicinska fakulteta v Ljubljani, Katedra za kirurgijo, Podiplomska šola kirurških tehnik, Medicinska fakulteta v Mariboru, Univerzitetni klinični center Maribor, Kirurška klinika, Travmatološki oddelek, Društvo travmatologov Slovenije	informacije in prijave: Medicinska fakulteta, Katedra za kirurgijo, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 52 47 384	120 EUR (brez DDV)	v postopku
Dispanzer za otroke in mladino Zdravstvenega doma Celje, Ksenija Goste, dr. med., spec. šol. med.	prijave in informacije: Mateja Martič Pekošek, viš. med. sestra, T: 03 543 40 61, 031 534 331, E: marta.orehek@zd-celje.si	kotizacije ni	***
prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., Janez Tomaž Krmelj, terapevt medicinske hipnoze, Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS)	prijave: do 20. 3. 2009 na T: 01 516 14 12, GSM: 051 386 138 ali E: drustvo.medicinska.hipnoza@gmail.com	200 EUR	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	kotizacije ni	v postopku

MAREC 2009		TEMA	VSEBINA	
27. ob 8.00			št. kandidatov	
MARIBOR Univerzitetni klinični center Maribor, stolpnica, 16. nadstropje, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor	2. KONGRES ZDRUŽENJA ZA RABO ULTRAZVOKA V MEDICINI IN BIOLOGIJI SZD	ni omejeno, obvezna prijava	kongres je namenjen vsem zdravnikom, ki se ukvarjajo z ultrazvokom na različnih področjih medicine	
27.–28. ob 16.00				
OTOČEC dvorana Šport hotela	20. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE podroben program na spletni strani Zbornice	do 250	srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	
27.–28. ob 8.30				
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, Zaloška 2, predavalnica 1	NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI – OKUŽBE, POVEZANE Z ZDRAVSTVOM podroben program na spletni strani Zbornice	neomejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom	
27.–28. ob 8.00				
MARIBOR Univerza Maribor, Slomškov trg 15, Velika dvorana	MEDICINA IN PRAVO – AVTONOMIJA BOLNIKA podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	posvet in interaktivna delavnica sta namenjena vsem zdravnikom in pravnikom	
28. ob 8.30				
LJUBLJANA Ginekološka klinika UKC Ljubljana, Inštitut za anatomijo MF Ljubljana, predavalnica Ginekološke klinike, vajalnica Inštituta za anatomijo	OSNOVE KLASIČNIH KIRURŠKIH TEHNIK V GINEKOLOGIJI IN PORODNIŠTVU – DELAVNICA ZA SPECIALIZANTE	ni omejeno	učna delavnica je namenjena specializantom in mladim specialistom ginekologije in porodništva	
APRIL 2009				
2.–3. ob 8.30				
LJUBLJANA Seminar v IV. nadstropju, UKC Ljubljana, KO za abdominalno kirurgijo in Veterinarska fakulteta Ljubljana	3. TEČAJ LAPAROSKOPSE KIRURGIJE podroben program na spletni strani Zbornice	za teoretični del ni omejitev, za praktični del – 9	učna delavnica za specializante in specialiste kirurgije	
2.–4.				
KRANJSKA GORA Hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	
3.–4. ob 9.00				
BLED Festivalna dvorana	13. SIMPOZIJ ZOBNIH BOLEZNI IN ENDODONTIJE podroben program na spletni strani Zbornice	do 500	podiplomski seminar je namenjen zobozdravnikom (in sestram)	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje za rabo ultrazvoka v medicini in biologiji SZD in Univerzitetni klinični center Maribor, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med.	prijave: UKC Maribor, Oddelek za reproduktivno medicino, Pisarna OBMP, Ljubljanska ul. 5, 2000 Maribor, informacije: Suzana Knuplež, T: 00 386 2 321 24 60, F: 00 386 2 331 23 93, E: suzana.knuplez@ukc-mb.si	kotizacije ni	***
Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, asist. Dean Klančič, dr. med.	informacije: tajništvo Združenja, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00 in Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, T: 01 30 72 123	kotizacije ni	***
Sekcija za kemoterapijo SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, Simona Rojs, T: 522 42 20, 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	100 EUR z DDV	***
Zdravniško društvo in Pravniško društvo Maribor, prim. Jelka Reberšek Gorišek, E: j.gorisek@sb-mb.si	informacije: ga. Majda Petek, Oddelek za nalezljive bolezni UKC Maribor	200 EUR + DDV, kotizacije ni za upokojene zdravnike, študente in upokojene pravnike	***
SATOG, Kristina Drusany Starič	prijave: mstrgulc@gmail.com informacije: Maruša Strgulc, T: 041 825 546	kotizacije ni	***
doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo	doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 81 93, 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: ales.tomazic@kclj.si	50 EUR za teoretični del, 290 EUR za teoretični in praktični del, nakazilo na TRR 06000-0895253166, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	v postopku
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	18
Sekcija za zobne bolezni in endodontijo SZD, doc. dr. Janja Jan, dr. dent. med.	prijave: Albatros Bled, Majda Zidanski, s.p., Ribenska cesta 2, 4260 Bled, informacije: ga. Ksenija Blažič, Albatros Bled, Kongresno-turistični servis, Ribenska 2, 4260 Bled, T: +386 (0)4 57 80 358, +386 (0)41 796 775, F: +386 (0)4 57 80 355, E: ksenija@albatros-ble.com	220 EUR (vključen DDV)	14

APRIL 2009		TEMA	VSEBINA	
3.–4. ob 8.30			št. kandidatov	
MARIBOR Kongresni center Hotel Habakuk	XIX. SREČANJE PEDIATROV Z MEDNARODNO UDELEŽBO IN VI. SREČANJE MEDICINSKIH SESTER V MARIBORU 2009	ni omejeno	simpozij z učnimi delavnicami je namenjen vsem pediatrom in zdravnikom družinske medicine, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, medicinskim sestram	
3.–4.				
KRANJSKA GORA Hotel Kompas, Borovška 100	9. KOKALJEVI DNEVI	150	strokovno izobraževanje za zdravnike, medicinske sestre, zdravstvene tehnike, patronažne sestre in reševalce	
3.–4. ob 8.30				
ŠMARJEŠKE TOPLICE Hotel Šmarješke Toplice	ŠOLA URGENTNE NEUROLOGIJE	50	učna delavnica je namenjena zdravnikom v osnovnem zdravstvu, internistom, specializantom neurologije, psihiatrije, interne medicine	
3.–4. ob 8.00				
LJUBLJANA Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Linhartova 51 (predavalnica v 4. nadstropju Klinike)	20. JUBILEJNI DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: REHABILITACIJA V PRIHODNOSTI podroben program na spletni strani Zbornice	***	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, specializantom, drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom	
4. ob 9.00				
BLED Hotel Golf	AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	strokovno srečanje, ki obravnava aktualna vprašanja in zadnja priporočila v zvezi z AKS, je namenjeno vsem zdravnikom	
8.				
LJUBLJANA Inštitut RS za rehabilitacijo, dvorana v COP, 2. nadstropje	PRVO STROKOVNO SREČANJE ISPO SLOVENIJA 2009 – PROBLEMATIKA PREDPISOVANJA IN OSKRBE Z ORTOTSKIMI PRIPOMOČKI V DOMOVH STAREJŠIH OBČANOV podroben program na spletni strani Zbornice	***	strokovno srečanje	
10.–11.				
GOLNIK Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	LAJŠANJE KLINIČNIH, PSIHOSOCIALNIH IN DUHOVNIH PROBLEMOV V PALIATIVNI OSKRBI TER SODELOVANJE IN ORGANIZACIJA VEČPOKLICNIH TIMOV	omejeno	učna delavnica je namenjena vsem, ki se srečujejo z neozdravljivo bolnimi v njihovih zadnjih dneh življenja: zdravnikom družinske medicine, specialistom v bolnišnicah, patronažnim medicinskim sestram, medicinskim sestram v domovih starejših občanov in v bolnišnicah, socialnim delavcem, psihologom	
16. ob 9.00				
MARIBOR Hotel Habakuk	I. KONGRES IZVEDENCEV REPUBLIKE SLOVENIJE podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	kongres je namenjen izvedencem ZPIZ, sodnim izvedencem, zdravnikom ZZZS, zdravnikom družinske medicine in specialistom MDPŠ (vsebine: predstavitev sistemov zavarovanja in ocene invalidnosti v posameznih državah EU, ortopedski bolnik in ocena invalidnosti, pooblaščen zdravnik in ocena invalidnosti, proste teme s področja ocene invalidnosti)	
16.–18.				
BLED Hotel Golf	5. SLOVENSKO-HRVAŠKI SIMPOZIJ O MENOPAVZI IN ANDROPAVZI	400	tradicionalno srečanje članov Slovenskega menopavznega društva in Društva za menopauzo i andropauzo Hrvatske z obravnavo aktualnih problemov menopazne in andropavzne medicine. Vabljeni tudi nečlani (zdravniki, medicinske sestre)	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Katedra za pediatrijo, Medicinska fakulteta, Univerza v Mariboru, Klinika za pediatrijo, Univerzitetni klinični center Maribor, prof. dr. Alojz Gregorič, dr. med., spec. pediater	prijave: E: www.ukc-mb.si , informacije: Kongresni sekretariat, Auditoria, d.o.o., Tržaška cesta 286d, 1000 Ljubljana, Karin Keber, T: 01 244 56 70, F: 01 244 56 75, E: info@auditoria.si	***	***
asist. Marko Drešček, dr. med., Jože Prestor, dipl. zdrav., asist. Zalika Klemenc Ketiš, dr. med., Janja Ojsteršek, dr. med., prim. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD	kontakti: ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, T: 04 208 25 23, F: 04 202 67 18, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si , informacije: http://www.drmed.org/novica.php?id=16819 in marko.drescek@gmail.com	150 EUR (DDV ni vključen)	***
prof. dr. Anton Mesec, dr. med.	prijave: Univerzitetni klinični center Ljubljana, KO za bolezni živčevja, Zaloška c. 2, 1000 Ljubljana, informacije: Anka Žekš, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37	150	***
Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo v sodelovanju s Katedro za fizikalno in rehabilitacijsko medicino in European Academy for Rehabilitation Medicine	prijave in informacije: prijave pošljite najpozneje do 30. marca 2009 na naslov: Ela Loparič, Inštitut za rehabilitacijo, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si	200 EUR (za oba dneva), 100 EUR (za en dan), 100 EUR (za specializante in sekundarije) (DDV je vključen), na transakcijski račun št.: 01100-6030278088, tri dni pred pričetkom seminarja	***
KO za intenzivno interno medicino v sodelovanju z Interventno skupino Združenja za kardiologijo Slovenije, prof. dr. Marko Noč, dr. med.	prijave in informacije: Blaž Mrevlje, T: 041 665 627, E: blaz.mrevlje@gmail.com	kotizacije ni	***
Inštitut RS za rehabilitacijo	prijave na E: ISPOSlovenija@gmail.com , najkasneje do 25. marca 2009	za člane in pridružene člane kotizacije ni, za ostale udeležence je kotizacija 30 EUR. Plačate jo ob registraciji pred pričetkom srečanja ali ob prijavi na TRR društva: SI56 0204 2025 5775 079	***
Bolnišnica Golnik - KOPA	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinik-golnik.si	za udeležbo na učni delavnici znaša 100 EUR (kotizacija skupaj z učbenikom Oxford Handbook of Palliative Care znaša 120 EUR). Kotizacija zajema priročnik kot gradivo za sodelovanje v delavnici, potrdilo o udeležbi, kosilo ter napitke v odmorih	v postopku
Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije in Zavod za varstvo pri delu, Života Lovrenov, dr. med., vodja službe za izvedenstvo II. stopnje	prijave: Marko Stjepič, Domus, d.o.o., Trg MDB 12, 1000 Ljubljana, informacije: Marko Stjepič in Života Lovrenov, dr. med., T: 01 520 50 80, 01 236 35 82, F: 01 510 50 82, 01 437 40 11, E: office@domus.si , zivota.lovrenov@zpiz.si	***	18
Slovensko menopavzno društvo, Ljubljana, Šlajmerjeva 3	program: www.menopavza.org , prijave: ga. Irena Jelen, Auditoria, d.o.o., event management, T: 01 244 56 72, 040 305 564, F: 01 244 56 75, E: irena.jelen@auditoria.si , W: http://www.auditoria.si	celotna udeležba simpozija 250 EUR, za specializante in medicinske sestre 100 EUR (DDV vključen), enodnevna udeležba 100 EUR, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***

APRIL 2009		TEMA	VSEBINA	
17.–18.			št. kandidatov	
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center	PRESADITEV LEDVIC 2009	***	tečaj za vse zdravnike, medicinske sestre in zdravstvene tehnike, ki se pri svojem delu srečujejo s presaditvijo ledvic ali jih zanima seznanitev s tem področjem	
17.–18.				
DEBELI RTIČ	ASTMA PRI OTROKU ZA MEDICINSKE SESTRE IN ZDRAVNIKE	***	strokovno srečanje	
17.–18.				
BLED Hotel Kompas	STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE IN ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO SLOVENSKEGA ZDRAVNIŠKEGA DRUŠTVA podroben program na spletni strani Zbornice	***	strokovno srečanje	
17.–18. ob 9.00				
ŠMARJEŠKE TOPLICE Zdravilišče v Šmarjeških Toplicah	OBRAVNAVA BOLNIKA Z BOLEZNIJO ŽIL podroben program na spletni strani Zbornice	100	srečanje Združenja za žilne bolezni je namenjeno zdravnikom in drugim, ki obravnavajo bolnike z boleznijo žil	
17.–18.				
LJUBLJANA	OCENJEVANJE V DRUŽINSKI MEDICINI – UČNA DELAVNICA ZA MENTORJE V DRUŽINSKI MEDICINI – NADALJEVALNI TEČAJ podroben program na spletni strani Zbornice	***	srečanje je namenjeno mentorjem s področja družinske medicine, namen delavnice je izboljšati kakovost pouka in ocenjevanja v družinski medicini	
17.–18. ob 8.30				
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	PRESADITEV LEDVIC 2009 podroben program na spletni strani Zbornice	ni omejeno	tečaj iz presaditve ledvic, namenjen zdravstvenemu osebju, ki se pri svojem delu srečuje z bolniki s presajeno ledvico	
17. ob 9.00				
LJUBLJANA Onkološki inštitut	TEME IZ INTERNISTIČNE ONKOLOGIJE ZA DRUŽINSKE ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani Zbornice	100	strokovno izobraževanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, specialistom družinske medicine in specialistom interne medicine	
23.–24.				
PORTOROŽ Kongresni center hotela Slovenija Portorož	IV. KONFERENCA O RANAH Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program na spletni strani Zbornice	omejeno	konferenca je namenjena zdravnikom vseh strok, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in ostalemu zdravstvenemu osebju, ki se pri svojem delu srečuje z bolniki z različnimi ranami ali pa s postopki, ki so povezani z raziskovanjem, in bi se radi dodatno izobrazili oziroma želijo predstaviti svoje dosežke in ugotovitve	
MAJ 2009				
8.–10. ob 14.00				
PORTOROŽ Hotel Bernardin	5. SLOVENSKI KONGRES ANESTEZIOLOGOV z mednarodno udeležbo	300	mednarodno strokovno srečanje za anesteziologe	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
SZD – Slovensko nefrološko društvo, prof. dr. Andrej F. Bren, dr. med., višji svetnik, prof. dr. Aljoša Kandus, dr. med., višji svetnik, prof. dr. Rafael Ponikvar, dr. med., višji svetnik	SPS Interna klinika, KO za nefrologijo, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 31 21, F: 01 522 22 82	***	***
asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med., Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana	informacije: asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med., T: 01 522 83 59, F: 01 522 93 57, prijave: ga. Mihaela Jurčec, Pediatrična klinika, Vrazov trg 1, 1000 Ljubljana	200 EUR	***
Združenje hematologov Slovenije SZD in Združenje za transfuzijsko medicino Slovenije SZD	***	***	***
Združenja za žilne bolezni, doc. dr. Matija Kozak	prijave: UKC Ljubljana, Zaloška 7, Klinični oddelek za žilne bolezni, ali E: matija.kozak@kclj.si, informacije: Tajništvo Kliničnega oddelka za žilne bolezni, T: 01 522 80 32, F: 01 522 80 70	50 EUR, za aktivne udeležence kotizacije ni	v postopku
EURACT – European Academy of Teachers in General Practice, Združenje zdravnikov družinske medicine – SZD, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor	prijave: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, T: 01 43 86 915, F: 01 43 86 910, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	v postopku
prof. dr. Aljoša Kandus, dr. med., SZD – Slovensko nefrološko društvo	prijave: UKC Ljubljana, KO za nefrologijo, Zaloška 7, informacije: ga. Mida Kandus, asist. dr. Miha Arnol, dr. med., T: 01 522 31 21, F: 01 522 22 82	250 EUR za zdravnike, 150 EUR za medicinske sestre in tehnike, za študente kotizacije ni	***
Onkološki inštitut Ljubljana, Sektor za internistično onkologijo in Sekcija za internistično onkologijo pri SZD, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	informacije in prijave: Andreja Sodnik, E: asodnik@onko-i.si T: 01 587 92 20, F: 01 587 93 05	kotizacije ni	v postopku
UKC Ljubljana, Kirurška klinika, Klinični oddelek za kirurške okužbe	prijava pasivne udeležbe najkasneje do 15. 4. 2009 oziroma do zasedbe prostih mest. Prijava in informacije: ga. Janja Nikolič, T: 01 522 24 20, F: 01 522 23 98, E: janja.nikolic@kclj.si	za zdravnike 290 EUR, medicinske sestre in zdravstvene tehnike 230 EUR (DDV je vključen). Po 7. 4. 2009 se kotizacija poveča za 50 EUR. Nakažite jo na račun UKC Ljubljana, TRR: 01100-6030277894, sklic na številko 00-2993029-1254799, s pripisom IV. konferenca o ranah. Na nakazilu naj bodo jasno in posamično razvidni plačnik ter priimek in ime udeleženca	***
SZD - Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno medicino, SZAIM, doc. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave: www.szaim.org, informacije: W: www.szaim.org, asist. mag. Jasmina Markovič Božič, asist. mag. Iztok Potočnik, E: szaim@mf.uni-lj.si	200 EUR za prijave do 20. 2. 2009, 250 EUR do 30. 3. 2009, 300 EUR ob prijavi na kongresu	v postopku

MAJ 2009	TEMA	VSEBINA	
9.		št. kandidatov	
NOVO MESTO Visoka šola za upravljanje in poslovanje, Na Loko 2, 8000 Novo mesto	4. POSVET O KRONIČNI KORONARNI BOLEZNI: ISHEMIČNA KARDIOMIOPATIJA – celovita obravnava bolnika	200	Posvet je namenjen vsem zdravnikom, ki obravnavajo bolnike s kronično koronarno boleznijo. Letos bo podrobno predstavljena ishemična kardiomiopatija. Interaktivni način s prikazom tipičnih primerov iz vsakdanje prakse bo zagotovil sodelovanje vseh, tako udeležencev kot predavateljev. Primeri bolnikov bodo sodobno prikazani, kar bo zagotovilo klinično usmerjenost posveta. Poslušalec bo obnovil znanje, se seznanil z novostmi in dobil napotke za sodobno in celovito zdravljenje bolnikov z ishemično kardiomiopatijo
9.–10.			
PORTOROŽ Hotel Slovenija	OBSTRUKTIVNE PLJUČNE BOLEZNI IN URGENTNA STANJA V PNEVMOLOGIJ	150	mednarodno srečanje združenj pnevmologov Slovenije, Hrvaške in Madžarske je namenjeno pnevmologom, internistom, zdravnikom družinske medicine in specializantom omenjenih strok. Vabljeni tudi specialisti in specializanti drugih strok ter študentje medicine (jezik: angleški)
11.–17.			
GOLNIK Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	Paliativna oskrba: »BED-SIDE TEACHING« – UČENJE OB BOLNIKOVI POSTELJI	omejeno	učna delavnica je namenjena vsem, ki se srečujejo z neozdravljivo bolnimi v njihovih zadnjih dneh življenja: zdravnikom družinske medicine, zdravnikom specialistom v bolnišnicah, patronažnim medicinskim sestram, medicinskim sestram v domovih starejših občanov in v bolnišnicah
14.–15.			
GOLNIK Bolnišnica Golnik – KOPA	DELAVNICE IZ RADIOLOGIJE TORAKSA	40	delavnice so namenjene specializantom in specialistom radiologije, ki jih zanima radiologija toraksa. Vabljeni so tudi specializanti in specialisti pulmologije, ki želijo poglobiti svoje znanje iz radiologije. Tematski sklopi: Interdisciplinarna obravnava pljučnega raka, Obravnava naključno odkritih okroglih lezij v pljučih, Pljučna embolija, Infekcije pljuč, Osnovne patološke spremembe pljučnega intersticija
15.–16. ob 14.00			
LOGARSKA DOLINA Hotel Plesnik	BOLEZNI ŠČITNICE, PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE podroben program na spletni strani Zbornice	30	podiplomska šola je namenjena vsem zdravnikom, ki želijo poglobiti znanje o prepoznavanju in zdravljenju ščitničnih bolezni ter o vodenju bolnikov s ščitnično boleznijo
14.–16. ob 16.00			
LJUBLJANA Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10	ERICKSONOV PRISTOP PRI DELU Z BOLEČINO podroben program na spletni strani Zbornice	***	predavanja in delavnice
15. ob 11.00			
LJUBLJANA Onkološki inštitut, predavalnica, stavba C	SODOBNO HORMONSKO ZDRAVLJENJE RAKA PROSTATE	ni omejeno	družabno srečanje na pobudo ESMO (European Society for Medical Oncology) je namenjeno mladim onkologom
15.–16.			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center, predavalnica 1	XXVII. PODIPLOMSKA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE – SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani Zbornice	30	učna delavnica, namenjena predvsem zdravnikom družinske medicine, pa tudi drugim zainteresiranim zdravnikom
18.			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center	ŠOLA DERMOSKOPIJE: DIAGNOSTIKA NAJPOGOSTEJŠIH TUMORJEV KOŽE	120	podiplomski seminar za specialiste družinske medicine, pediatre, specialiste splošne in plastične kirurgije, onkologe in specializante dermatovenerologije

ORGANIZATOR	NASLOV	kotizacija	K. TOČKE
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks			
Zdravniško društvo Novo mesto, Društvo za izobraževanje in raziskovanje v medicini	prijave in informacije: Boris Krajačič, T: 07 332 25 50, E: medicons@siol.net	kotizacije ni	***
Združenje pnevmologov Slovenije	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	kotizacije ni	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	***	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	200 EUR	***
Slovensko združenje za nuklearno medicino, prof. dr. Sergej Hojker, dr. med.	prijave: doc. dr. Simona Gabersček, dr. med., Klinika za nuklearno medicino, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: doc. dr. Simona Gabersček, dr. med., T: 051 687 352, F: 01 522 22 37, E: simona.gaberscek@kclj.si	100 EUR	***
prof. dr. Marjan Pajntar, dr. med., Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS)	prijave: do 1. 5. 2009 na T: 01 516 14 12, GSM: 051 386 138 ali E: drustvo.medicinska.hipnoza@gmail.com	200 EUR za člane DMHS, 240 EUR za nečlane	***
Onkološki inštitut Ljubljana, Sektor za internistično onkologijo in Sekcija za internistično onkologijo pri SZD, asist. mag. Erika Matos, dr. med.	prijave: predhodne prijave niso potrebne, informacije: Erika Matos, E: ematos@onko-i.si, T: 01 587 92 20	kotizacije ni	***
prim. Franc Mrevlje, dr. med., UKC Ljubljana, KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni	prijave in informacije: prim. Franc Mrevlje, dr. med., UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, T: 01 522 31 36, E: franc.mrevlje@kclj.si	kotizacije ni	***
Dermatološki center Parmova – DCP, d.o.o.	prijave: DCP, d.o.o., Parmova 53, Ljubljana, F: 01 436 48 66, informacije: T: 01 436 63 30, F: 01 436 48 66, E: info@dcp.si	150 EUR – v kotizacijo je všteta knjiga Priročnik dermoskopije, 2009 (Pavlovič, Adamič)	***

MAJ 2009		TEMA	VSEBINA	
22.–23.				
RADENCI Hotel Radin, Terme Radenci, d.o.o., Zdraviliško naselje 12	27. RADENSKI DNEVI: SRČNO POPUŠČANJE – HEART FAILURE 2009	120–150	redno letno srečanje Združenja kardiologov Slovenije z mednarodno udeležbo, namenjeno kardiologom, internistom, zdravnikom splošne oz. družinske medicine in ostalim specialistom	
22.–23.				
LJUBLJANA Dvorana GIO, Dunajska 160	35. SREČANJE DELOVNIH SKUPIN – KAKOVOSTNA OBRAVNAVA BOLNIKA V DRUŽINSKI MEDICINI podroben program na spletni strani Zbornice	***	srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, zdravstvenim tehnikom in fizioterapevtom, ki sestavljajo strokovno skupino v osnovnem zdravstvu. Program je oblikovan s posebnim poudarkom na skupinskem pristopu k reševanju obravnavanih vsebin v obliki predavanj in delavnic	
22.–23.				
MORAVSKE TOPLICE Hotel Livada Prestige	X. NOVAKOVI DNEVI, XVII. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA ZA PERINATALNO MEDICINO – URGENTNA STANJA V PERINATOLOGIJI. MATI IN OTROK podroben program na spletni strani Zbornice	***	strokovni sestanek, namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva, neonatologom, babicam, medicinskim sestram	
24.				
BRDO PRI KRANJU	IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN VII. POLETNI MEDICINSKI TEK	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike	
28.–30.				
KRANJSKA GORA Hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	
28.–30.				
LJUBLJANA Konferenčna dvorana predstavništva Krke, Dunajska 65	VI. KONFERENCA SLOVENSКИH ZDRAVNIKOV IZ SVETA IN SLOVENIJE	***	strokovno srečanje z obravnavo tem: Etika v medicini, Najnovejše tehnologije v medicini, Predstavitev raziskovalnega dela slovenskih zdravnikov iz sveta in Slovenije, Slovenski zdravstveni sistem v primerjavi z zdravstvenimi sistemi v svetu	
29.–30. ob 13.00				
MARIBOR Kazinska dvorana SNG Maribor, Slomškov trg	7. BEDJANIČEV SIMPOZIJ IN 80. OBLETNICA INFEKCIJSKEGA ODDELKA podroben program na spletni strani Zbornice	***	simpozij	
JUNIJ 2009				
3. ob 9.00				
LJUBLJANA Grand hotel Union (Orhideja)	BRONHOPULMONALNA DISPLAZIJA podroben program na spletni strani Zbornice	100	mednarodni simpozij, namenjen pediatrom	

ORGANIZATOR

NASLOV

K. TOČKE

	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	
Združenje kardiologov Slovenije, prof. dr. Miran F. Kenda, dr. med.	prijave: Združenje kardiologov Slovenije, Ul. stare pravde 6, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Saša Radelj, T: 01 434 21 00, F: 01 434 21 01, E: sasa.radelj@kclj.si, rezervacije hotela: T: 02 520 27 20, 02 520 27 22, F: 02 520 27 23, E: info@terme-radenci.si	300 EUR (350 EUR na srečanju), 150 EUR (200 EUR na srečanju) za sekundarije, medicinske sestre in zdravstvene tehnike, za upokojene člane Združenja kardiologov in študente kotizacije ni	***
Združenje zdravnikov družinske medicine, Sekcija med. sester in zdr. tehnikov v spl. medicini, Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, Zavod za razvoj družinske medicine	prijava: Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, p.p. 2218, 1104 Ljubljana, lahko tudi po F: 01 438 69 10 ali E: kdrmed@mf.uni-lj.si. Prijavnica mora vsebovati podatke o plačniku (ime, sedež, davčna številka, davčni zavezanec da/ne), na podlagi prijavnice vam bo računovodstvo Zavoda za razvoj družinske medicine poslalo račun, informacije: asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., T: 01 200 45 00 in asist. mag. Davorina Petek, dr. med., T: 01 436 82 17.	za udeležbo na predavanjih za zdravnike znaša 160 EUR, za medicinske sestre in zdravstvene tehnike 90 EUR (DDV ni vključen). Ob udeležbi zdravnika in medicinske sestre istega tima 50 EUR popusta, kotizacija za oba skupaj 200 EUR pri prijavi do 20. aprila 2009 (DDV ni vključen). Prijavnica za zgodnjo prijavo ter informacije o srečanju bo objavljena na spletni strani Združenja zdravnikov družinske medicine: http://www.drmed.org	***
asist. dr. Tanja Premru Sršen, dr. med., Združenje za perinatalno medicino, UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo, SB Murska Sobota, ginekološko-porodniški oddelek	informacije: ga. Martina Pečlin, T in F: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si, prijave: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana	***	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelicovicp@guest.arnes.si	***	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	***
Svetovni slovenski kongres, predsednica pripravljalnega odbora doc. dr. Bojana Žvan, predstojnica Kliničnega oddelka za vaskularno nevrologijo in intenzivno nevrološko terapijo Nevrološke klinike UKC v Ljubljani	prijave in dodatne informacije: ga. Jana Čop, Svetovni slovenski kongres, Cankarjeva 1/IV, 1000 Ljubljana, T: 01 242 85 60, F: 01 2424 85 58, E: ssk.up@siol.net	***	***
***	***	***	***
Združenje za pediatrijo SZD, UKC Ljubljana, Društvo za pomoč prezgodaj rojenim otrokom	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	v postopku

JUNIJ 2009		TEMA	VSEBINA	
5.–6.				
PORTOROŽ Avditorij	34. MEDNARODNO SREČANJE STOMATOLOGOV SLOVENIJE »IZ PRAKSE ZA PRAKSO«	500	strokovno izpopolnjevanje zobozdravnikov	
11.–12. ob 9.00				
LJUBLJANA UKC, predavalnica III, ter vajalnice Inštituta za anatomijo, MF Ljubljana	44. KIRURŠKI DNEVI – PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE podroben program na spletni strani Zbornice	***	podiplomski tečaj iz kirurgije	
SEPTEMBER 2009				
5.				
UDIN BORŠT PRI KRANJU	III. KIMAVČEV MEDICINSKI TEK	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike	
25.–26. ob 9.00				
LJUBLJANA Medicinska fakulteta	THE 1 ST SOUTH-EASTERN EUROPEAN PEDIATRIC GASTROENTEROLOGY (SEEPEG) MEETING	150	mednarodni kongres je namenjen pediatrom, specialistom šolske in družinske medicine s področja jugovzhodne Evrope, ki se poglobljeno ukvarjajo s pediatrično gastroenterologijo	
25.–26.				
PORTOROŽ Grand hotel Bernardin	INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENJA NAPREDOVALEGA SRČNEGA POPUŠČANJA	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom	
29.–3. 10.				
BLED Hotel Jelovica, Cesta svobode 8, 4260 Bled	LEARNING AND TEACHING ABOUT THE IMPACT OF MEDICALISATION IN GENERAL PRACTICE/FAMILY MEDICINE	60	učna delavnica je namenjena učiteljem in mentorjem v družinski medicine	
30. 9.–3. 10.				
PORTOROŽ Kongresni center, Hotel St. Bernardin	EVROPSKI KONGRES RAZISKOVALNE IN KLINIČNE OFTALMOLOGIJE (EVER)	1100	mednarodno strokovno srečanje s področja raziskovalne in klinične oftalmologije za oftalmologe in raziskovalce na področju oči in vidnega sistema	
30. 9.–3. 10. ob 9.00				
MARIBOR Hotel Habakuk	SIMPOZIJ EVROPSKEGA ZDRUŽENJA ZA SOCIALANO PEDIATRIJO IN ZDRAVJE OTROK – ESSOP 2009	ni omejeno	simpozij z učnimi delavnicami je namenjen vsem pediatrom in zdravnikom družinske medicine, politikom načrtovanja zdravstvenega sistema za otroke, menedžerjem zdravstvenega sistema in zdravstvenega zavarovanja, vladnim in nevladnim organizacijam s področja otrokovih pravic	
OKTOBER 2009				
1.				
GOLNIK Bolnišnica Golnik – KOPA	GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009 – Timski pristop v obravnavi intersticijskih pljučnih bolezni	40	delavnica je namenjena pnevmologom, internistom, radiologom in patologom ter specializantom omenjenih strok	
2.–3.				
BLED Hotel Astoria	GOLNIŠKI SIMPOZIJ 2009	100	simpozij je namenjen zdravnikom specialistom/specializantom pulmologije, interne medicine	

ORGANIZATOR	NASLOV	za prijave, kontaktne osebe, tel., faks	kotizacija	K. TOČKE
Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med., izvršni sekretar	informacije: Katarina Jovanovič, T: 041 703 347, 01 434 25 84	150 EUR + DDV, za upokojene zdravnike kotizacije ni	***	
Kirurška klinika UKC Ljubljana, Združenje kirurgov Slovenije	prijave: doc. dr. Aleš Tomažič, dr. med., Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika UKC Ljubljana, Zaloška cesta 7, 1525 Ljubljana, E: ales.tomazic@kclj.si	teoretični del tečaja 80 EUR, teoretični in praktični del tečaja 180 EUR, za študente 30 EUR	v postopku	
prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	***	***	
Služba za gastroenterologijo, Pediatrična klinika Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana in Katedra za pediatrijo Medicinske fakulteta Univerze v Ljubljana, doc. dr. Rok Orel, dr. med.	prijave: Pacient, d.o.o., Savska cesta 3, 1000 Ljubljana, informacije: Rok Lokar, dr. med., T: 01 280 30 60, F: 01 280 30 91, E: rok.lokar@pacient.si	150 EUR	7	
KO za kardiologijo, UKC Ljubljana, Texas Heart Inst., prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med.	prijave: E: irena.orel@kclj.si, informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., W: www.slo-heart.org	***	***	
Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicine Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.	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	***	
EUropean Association for Vision and Eye Research (EVER), Cankarjev dom, prof. dr. Marko Hawlina	prijave: www.ever.be, za namestitev: alenka.kregar@cd-cc.si, informacije: prof. dr. Marko Hawlina, Očesna klinika UKC, Grablovičeva 46, Ljubljana, T: 01 522 19 04, F: 01 522 19 60, E: marko.hawlina@mf.uni-lj.si	glej www.ever.be	***	
Sekcija za socialno pediatrijo in zdravje otrok – Združenje za pediatrijo Slovenskega zdravniškega društva, European Society for Social Pediatrics and Child Health, UNICEF Slovenija – Nacionalni odbor za zdravje otrok, Inštitut za varovanje zdravja, prim. asist. mag. Martin Bigec, dr. med., spec.	prijave: ESSOP 09, Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi, informacije: gdč. Tadeja Osrajnik, T: 02 877 08 00, F: 02 877 08 30, E: tajnistvo@zd-radlje.si	***	***	
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	100 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	v postopku	
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	150 EUR	v postopku	

OKTOBER 2009		TEMA	VSEBINA	
9.–10.			št. kandidatov	
GOLNIK Bolnišnica Golnik – KOPA	DIAGNOSTIČNE IN TERAPEVTSKE BRONHOSKOPIJE	30	mednarodna učna delavnica je namenjena predvsem pnevmologom, anesteziologom in torakalnim kirurgom ter specializantom omenjenih strok (jezik: angleški)	
23.–24. ob 12.00				
PODČETRTEK Kongresni center Olimje	DOSEŽKI IN PRIZADEVANJA V STOMATOLOGIJI	120–200	strokovno izpopolnjevanje za zobozdravnike	
NOVEMBER 2009				
11.–13. ob 15.00				
PORTOROŽ Grand hotel Bernardin	4. KONGRES GINEKOLOGOV IN PORODNIČARJEV SLOVENIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO	neomejeno	kongres je namenjen specialistom in specializantom ginekologije in porodništva	
12.–14.				
KRANJSKA GORA Hotel Lek	OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO	25	delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne prakse, vabljeni tudi specialisti drugih strok, specializanti, sekundariji	
OKTOBER 2010				
13.–16.				
LJUBLJANA Cankarjev dom	8. MEDNARODNI KONGRES CEREBRALNE PARALIZE	ni omejeno	kongres je namenjen vsem, ki se ukvarjajo s cerebralno paralizo	
SEPTEMBER 2011				
15.–17.				
PORTOROŽ	15. KONGRES OTROŠKIH NEVROLOGOV SREDOZEMLJA	450	kongres otroških nevrologov	

ORGANIZATOR	NASLOV	kotizacija	K. TOČKE
za prijave, kontaktne osebe, tel., faks			
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: ga. Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 74, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	300 EUR, vključuje: zbornik, potrdilo o udeležbi in prehrano	***
Stomatološka sekcija SZD, Aleksander Velkov, dr. dent. med.	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	***	***
doc. dr. Adolf Lukanovič, dr. med., svetnik, Združenje ginekologov in porodničarjev Slovenije	informacije: ga. Martina Pečlin, T: 01 439 75 90, E: martina.peclin@obgyn.mf.uni-lj.si, prijave: UKC, Ginekološka klinika, Enota za raziskovalno delo, Šlajmerjeva 3, 1000 Ljubljana	***	***
Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo	informacije in prijave: Irena Dolhar, Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 94 93, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	250 EUR, vključuje hotelske storitve, zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita	18
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	***	***
prof. dr. Milivoj Veličković Perat	informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	***	***

OBRAZEC

UREDNIŠTVU REVije ISIS
Dalmatinova 10
p.p. 1630
1001 Ljubljana

fax: 01/30 72 109

V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen v _____ številki Izide.

Za objavo podatkov v Koledarju strokovnih prireditev pošiljamo naslednje podatke:

Datum prireditve	Začetek, ura
Kraj	
Prostor, kjer bo prireditev	
Naslov strokovnega srečanja	
Število poslušalcev	(če je določeno) _____ (neomejeno)
Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica ...)	
Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom ...)	
Organizator (Medicinska fakulteta, klinika, sekcija Zdravniškega društva ...)	
Predstavniki ali strokovni vodja	
Naslov za pošiljanje prijav	
Informacije, kontaktne osebe	
Njihove tel. številke in št. faksa	
Višina kotizacije	
Brezplačna kotizacija	DA NE za upokojene zdravnike, študente, _____

Zdravstveni dom Logatec

objavlja prosti delovni mesti:

zobozdravnika (m/ž)

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

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 Domžale

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- za zasedbo prostega delovnega mesta mora kandidat imeti specialistični izpit iz ginekologije in porodništva,
- oz. je kandidat lahko tudi zdravnik specializant, ki bo opravil specialistični izpit iz ginekologije in porodništva v prvi polovici tega leta,
- pridobljena veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za delo na področju ginekologije in porodništva oz. bo pridobljena za omenjeno področje dela v prvi polovici tega leta,
- srednja stopnja znanja slovenskega jezika (po uredbi o standardih znanja slovenskega jezika za delo na področju zdravstva),
- štirimesečno poskusno delo.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Mestni trg 2, 1230 Domžale. O izbiri bomo kandidate obvestili v zakonskem roku.

Zdravstveni dom
Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica

zaposli

zobozdravnika specialista čeljustne in zobne ortopedije (m/ž)

Pogoji:

- končana medinska fakulteta, oddelek za dentalno medicino,
- opravljeno pripravništvo in strokovni izpit,
- specialistični izpit iz čeljustne in zobne ortopedije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika, pasivno znanje enega tujega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo 6 mesecev,
- znanje uporabe računalnika in osnovnih pisarniški računalniških programov (Word, Excel).

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom za potrebe ortodontije. Nastop dela po dogovoru.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev pošljite na naslov: Zdravstveni dom Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica, Gradnikove brigade 7, 5000 Nova Gorica.

Informacije: g. Alan Furlan, Zdravstveni dom Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica, T: 05 393 87 16, F: 05 393 87 10, E: alan.furlan@zdvz-ng.si, W: <http://www.zdvz-ng.si/>

Javni zavod Zdravstveni dom Piran

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika splošne ali družinske medicine (m/ž)

za delo v ambulanti splošne medicine v Zdravstvenem domu Piran.

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

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- zaželeno je znanje italijanskega jezika (ni pa pogoj),
- zaželeno so delovne izkušnje,
- državljanstvo Republike Slovenije ali dovoljenje za delo v Republiki Slovenije.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov:

Zdravstveni dom Piran,
Cesta solinarjev 1,
6320 Portorož.

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

Za dodatne informacije pokličite na
T: 05 677 33 23.

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.

Nudimo pomoč pri rešitvi stanovanjskega vprašanja.

Pogodba se sklene.

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.

**Zasebna zobozdravstvena ordinacija
Renata Ostanek Ule, dr. dent. med.**

s koncesijo v Novem mestu objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

za nedoločen čas z nastopom dela takoj ali po dogovoru.

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, smer stomatologija,
- opravljen strokovni izpit,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Prijave pošljite na naslov: Zasebna zobozdravstvena ordinacija Renata Ostanek Ule, dr. dent. med.,
Kandijska cesta 4, 8000 Novo mesto, ali
E: renata.ostanekule@siol.net.
Za dodatne informacije pokličite
T: 041 885 838

Osnovno zdravstvo Gorenjske

Sporočamo vam, da je v okviru Osnovnega zdravstva Gorenjske prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne ali družinske medicine (m/ž) ali

zdravnika z opravljenim sekundarijatom in licenčnim izpitom (m/ž).

Prijavijo se lahko tudi kandidati, ki so v fazi zaključevanja sekundarijata. Razpis je v veljavi do zasedbe delovnega mesta.

Pogoji:

- zdravnik specialist splošne/družinske medicine ali zdravnik po opravljenem sekundarijatu ali v fazi zaključevanja sekundarijata,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- vozniški izpit B-kategorije.

Ponujamo zanimivo in razgibano delo v prijetnem kolektivu, delo v ambulanti splošne/družinske medicine s stalno populacijo in občasno v ambulanti nujne medicinske pomoči, dobre možnosti za strokovno izpopolnjevanje. Z izbranim kandidatom bomo sklenili delovno razmerje za nedoločen čas.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev naj kandidati pošljejo na naslov:
OZG OE Zdravstveni dom Tržič,
Blejska cesta 10, 4290 Tržič, ali
E: tajnistvo@zd-trzic.si.

Zdravstveni dom Slovenj Gradec

takoj zaposli

dva zdravnika (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, sekundarijat ali ustrezna specializacija,
- veljavna licenca in znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Na voljo je družinsko stanovanje.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov:

Zdravstveni dom Slovenj Gradec,
Partizanska pot 16,

2380 Slovenj Gradec.

Zdravstveni dom Krško

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista medicine dela prometa in športa (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji za zasedbo:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljen strokovni izpit,
- opravljena specializacija iz medicine dela prometa in športa,
- znanje slovenskega jezika,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- poskusno delo tri mesece,
- zaželene so delovne izkušnje.

Možnost zagotovitve službenega stanovanja. Nastop dela je možen po dogovoru.

Kandidati naj pošljejo prijave z dokazili in kratek življenjepis na naslov:

Zdravstveni dom Krško, Cesta krških žrtev
132C, 8270 Krško, kadrovska služba.

Informacije: T: 07 488 02 04,

E: uprava@zd-krsko.si,

W: <http://www.zd-krsko.si>

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba za skupne potrebe OE Medicina dela, prometa in športa

vabi v svoj delovni kolektiv za delo na področju ultrazvočne diagnostike

zdravnika specialista radiologije V/VI (m/ž)

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

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz radiologije,
- veljavna licenca za področje radiologije,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v dinamičnem okolju,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo po kolektivni pogodbi.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve na T: 02 228 62 59.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba splošne medicinske dejavnosti

vabi v svoj delovni kolektiv za delo na področju splošne/družinske medicine

dva zdravnika specialista splošne ali družinske medicine IV (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in s trimesečnim poskusnim delom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz splošne ali družinske medicine,
- veljavna licenca za področje splošne ali družinske medicine ali
- zaključen sekundarijat in opravljen licenčni izpit,
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v dinamičnem okolju v primestni ter mestni ambulanti, v domu starejših občanov, kot tudi sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- vključitev v izobraževanje študentov, specializantov,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo po kolektivni pogodbi.

Rok za prijavo je 15 dni po objavi razpisa.

Sprva bi sklenili delovno razmerje za nadomeščanje manjkajočih zdravnic v času porodniškega dopusta, v nadaljevanju pa vam nudimo izjemne možnosti za delo v lastni ambulanti.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve na T: 02 228 62 59.

Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor

Služba splošne medicinske dejavnosti

vabi v svoj delovni kolektiv – onkološkega dispanzerja

zdravnika specialista interne medicine V/VI (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in s trimesečnim poskusnim delom.

Kandidati, ki se bodo prijavi na prosto delovno mesto, morajo izpolnjevati naslednje pogoje:

- opravljen specialistični izpit iz interne medicine,
- veljavna licenca za področje interne medicine ali
- znanje slovenskega jezika.

Ponujamo vam:

- možnost vsestranskega strokovnega razvoja,
- delo v dinamičnem okolju v mestni ambulanti, v domu starejših občanov, kot tudi sodelovanje v službi nujne medicinske pomoči,
- vključitev v izobraževanje študentov, specializantov,
- podporo pri razvojnem in raziskovalnem delu,
- plačilo po kolektivni pogodbi.

Vaše cenjene prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev nam, prosimo, pošljite v 15 dneh po objavi v Službo za pravne in kadrovske zadeve Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor, Ul. talcev 9, 2000 Maribor.

Za dodatne informacije lahko pokličete vsak dopoldan v Službo za pravne in kadrovske zadeve na T: 02 228 62 59.

Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatra oz. zdravnika šolske medicine oz. zdravnika s podiplomskim tečajem zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine ali zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

v ambulanti službe zdravstvenega varstva žena, otrok in mladine. Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- opravljena specializacija ustrezne smeri oz. podiplomski tečaj oz. opravljen sekundarijat s preizkusom usposobljenosti z veljavno licenco,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- državljanstvo Republike Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo štiri mesece.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v osmih dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj, OE Zdravstveni dom Radovljica

objavlja prosto delovno mesto

doktor medicine specialist pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete, opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- vozniški izpit B-kategorije,
- znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom. Nastop dela takoj oziroma po dogovoru.
Rok prijave: 30 dni.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov: Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Radovljica, Kopališka cesta 7, 4240 Radovljica. O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku objave.

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 zaasedbo:

- 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.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj
OE Zobna poliklinika Kranj

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

za delo v šolski zobni ambulanti.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas (en zobozdravnik) s polnim delovnim časom.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov: OE Zobna poliklinika, Gosposvetska ulica 8, 4000 Kranj. O izbiri bomo kandidate obvestili v zakonskem roku.

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, Kandijška c. 4, 8000 Novo mesto ali E: info@zd-nm.si. O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

Zdravstveni dom Slovenska Bistrica

razpisuje delovno mesto **zdravnik specialist IV PPD 2 (E018011) ali zdravnik brez specializacije z licenco PPD 2 (E017020) (m/ž)**

Opis del in nalog:

- prvi in ponovni pregledi varovancev, kurativna dejavnost, preventivna dejavnost, oskrba poškodb, opravljanje posegov, koriščenje lab. storitev in interpretacija izvidov, dežurstvo in služba NMP na sedežu zavoda in na terenu, opravljanje mrliških ogledov idr.

TR: VIII ali VII/2

Zahtevani poklic: doktor medicine spec. splošne medicine ali doktor medicine brez specializacije z licenco. Zahtevane delovne izkušnje: 7 let, opravljen vozniški izpit B-kategorije. Zahtevano znanje jezikov: slovenski jezik tekoče – govorno in pisno. Zahtevana računalniška znanja: urejevalnik besedil, delo s preglednicami – oboje osnovno, delo z bazami podatkov – osnovno.

Ostali pogoji: kandidat mora imeti veljavno licenco za delo, opravljen strokovni izpit.

Trajanje zaposlitve: nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom, polni delovni čas.

Kandidati naj pošljejo pisne vloge z življenjepisom in z dokazili v 30 dneh od dneva objave tega razpisa na naslov: Zdravstveni dom Slovenska Bistrica, Partizanska ulica 30, 2310 Slovenska Bistrica.

Univerzitetni klinični center Maribor

želi zaposliti

tri zdravnike specialiste nevrologe za delo na delovnem mestu zdravnik specialist V/VI PPD3 (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom. Prednost pri izbiri bodo imeli kandidati z delovnimi izkušnjami.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v osmih dneh po objavi na naslov: Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor.

Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj

razpisuje prosto delovno mesto

specialista s področja splošne kirurgije (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta,
- opravljena specializacija in specialistični izpit iz splošne kirurgije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s štirimesečnim poskusnim delom.

Kandidate, ki bi se želeli pridružiti našemu zdravniškemu kolektivu, vabimo, naj se glede ostalih možnosti in pogojev dela oglasijo na razgovor.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom dosedanjih delovnih izkušenj pošljite v osmih dneh po objavi na naslov: Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva 23-25, 2250 Ptuj. Kandidate bomo obvestili o izbiri v 30 dneh po sprejeti odločitvi.

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zdravnika specialista pediatrije za delo v dispanzerju za predšolske otroke v ZD Celje (m/ž)

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

Pogoji za zasedbo:

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

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

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratkim življenjepisom pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov: Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis. Za dodatne informacije pokličite na T: 03 543 42 70 (Mojca Jereb Kosi, dr. med.). O izbiri bodo kandidati obveščeni v roku, določenem z zakonom.

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 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 delovno 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 kratak življenjepis pošljejo na naslov:

Zdravstveni dom Radeče,
Ulica OF 8, 1433 Radeče.

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

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,
 - vozniško 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,
 - vozniško 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 na
T: 07 816 15 00, Zdravstveni dom Sevnica,
direktorica Vladimira Tomšič.

Javni zdravstveni zavod
Splošna bolnišnica Brežice

objavlja prosta delovna mesta:

zdravnika specialista interne medicine (m/ž)
zdravnika specialista radiologije (m/ž)
zdravnika specialista anesteziologije in reanimatologije (m/ž)
zdravnika specialista splošne kirurgije (m/ž)
zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen specialistični izpit,
- znanje slovenskega jezika v skladu z uredbo,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.

Javni zdravstveni zavod
Splošna bolnišnica Brežice

objavlja prosta delovna mesta:

zdravnika specializanta ginekologije in porodništva (m/ž)
zdravnika specializanta radiologije (m/ž)
zdravnika specializanta anesteziologije in reanimatologije (m/ž)
zdravnika specializanta pediatrije (m/ž)

Kandidati morajo poleg z zakonom predpisanih pogojev izpolnjevati še naslednje:

- diploma medicinske fakultete,
- opravljen strokovni izpit,
- znanje slovenskega jezika v skladu z uredbo.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s trimesečnim poskusnim delom.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov: Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice.

Kandidati bodo o izbiri obveščeni v 30 dneh po objavi.

Zdravstveni dom Ptuj

zaposli

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

2. zobozdravnika specialista parodontologije (m/ž)

3. zobozdravnika specialista protetike (m/ž)

4. zobozdravnika (m/ž)

Pogoji pod točko 1:

- končana medicinska fakulteta – oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat oz. opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 2:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 3:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Pogoji pod točko 4:

- končana medicinska fakulteta – stomatološka smer,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Ponujamo sklenitev pogodbe za nedoločen čas in dobre delovne pogoje.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 30 dneh po objavi na naslov JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete in opravljen strokovni izpit,
- opravljen specialistični izpit iz pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje pediatrije,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo tri mesece,
- znanje slovenskega jezika,
- znanje dela z računalnikom.

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

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o

izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov:

Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj

objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika v šolski zobni ambulanti v ZD Škofja Loka (m/ž)

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- poskusno delo tri mesece,
- vozniški izpit B-kategorije,
- znanje dela z računalnikom.

Delovno razmerje bo sklenjeno za določen čas s polnim delovnim časom – nadomeščanje med porodniškim dopustom.

Rok prijave: do zasedbe delovnega mesta.

Kandidati naj svoje vloge z dokazili o

izpolnjevanju pogojev pošljejo na naslov:

Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka.

O izbiri bomo kandidate obvestili v 30 dneh po zaključku zbiranja prijav.

Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica

zaposli

1. zdravnika specialista družinske/šolske medicine (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz družinske/šolske medicine,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljal delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

2. zdravnika po končanem sekundarijatu (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik bo opravljal delo nedoločen čas s polnim delovnim časom.

3. zdravnika specialista internista pulmologa (m/ž)

Pogoji:

- VII. stopnja strokovne izobrazbe,
- specializacija iz pulmologije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- štiri leta ustreznih delovnih izkušenj,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- vozniško dovoljenje B-kategorije,
- osnovno računalniško znanje.

Zdravnik specialist bo opravljal delo nedoločen čas s krajšim delovnim časom od polnega, v obsegu 15 ur na teden. Obstaja možnost zaposlitve do polnega delovnega časa pri drugem delodajalcu.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev naj kandidati pošljejo v roku 15 dni po tej objavi na naslov:

ZD Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica.

O izbiri bodo kandidati obveščeni

v osmih dneh po opravljenem izboru.

Interesente vlijudno vabimo na razgovor. Za dodatne informacije pokličite na T: 051 601 313.

Javni zdravstveni zavod
Splošna bolnišnica Trbovlje

objavlja prosta delovna mesta

1. **zdravnika specialista ginekologije in porodništva (m/ž)**
2. **zdravnika specialista interne medicine (m/ž)**
3. **zdravnika specialista radiologije (m/ž)**
4. **zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
5. **zdravnika specialista anesteziologije in reanimatologije (m/ž)**
6. **zdravnika specializanta ginekologije in porodništva (m/ž)**
7. **zdravnika specializanta interne medicine (m/ž)**
8. **zdravnika specializanta radiologije (m/ž)**
9. **zdravnika specializanta pediatrije (m/ž)**
10. **zdravnika specializanta anesteziologije in reanimatologije (m/ž)**

Splošna bolnišnica Trbovlje ponuja financiranje omenjenih specializacij.

Pogoji pod:

1.
 - zdravnik specialist ginekologije in porodništva,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
2.
 - zdravnik specialist interne medicine,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
3.
 - zdravnik specialist radiologije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
4.
 - zdravnik specialist pediatrije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
5.
 - zdravnik specialist anesteziologije in reanimatologije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- 6., 7., 8., 9. in 10.
 - strokovni izpit.

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečnim poskusnim delom.

Nudimo stanovanje v Trbovljah.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v 15 dneh po objavi na naslov:

Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje.

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

Zdravstveni dom 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.

JZ Zdravstveni dom Ptuj

razpisuje delovno mesto

zdravnik specialist IV. PPD3 – za delo v šolskem dispanzerju (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, oddelek splošna medicina,
- opravljen strokovni izpit ali sekundarijat oz. opravljen specialistični izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Ponujamo sklenitev delovnega razmerja za nedoločen čas in dobre delovne pogoje.

Prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite na naslov:

JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj.

Zdravstveni dom 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 Logatec

zaposli

zdravnika specialista pediatrije (m/ž)

Pogoji:

- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- potrdilo o specializaciji,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji,
- osnovno računalniško znanje,
- vozniški izpit B-kategorije.

Delovno razmerje bomo sklenili za določen čas 12 mesecev za polni delovni čas z možnostjo podaljšanja. Nastop dela po dogovoru.

Pisne ponudbe z dokazili o izpolnjevanju pogojev, kratkim življenjepisom in opisom delovnih izkušenj pošljite v petnajstih dneh na naslov: Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec.

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 zasebnost, stanovanje.

Nastop službe možen od 1. januarja 2009.
Kandidati naj pošljejo pisne prijave z dokazili in kratek življenjepis na:
Ambulanta Košir, d.o.o.,
Podlubnik 307,
4220 Škofja Loka, ali na
E: branko.kosir@siol.net .
Dodatne informacije na
T: 041 444 972 med 20. in 22. uro.

Javni zavod Zdravstveni dom Radeče

objavlja prosta delovna mesta

I.

- a) zdravnika specialista pediatrije (m/ž)**
- b) zdravnika specialista splošne ali družinske medicine z opravljenim podiplomskih tečajem iz varstva otrok in žena (m/ž)**
- c) zdravnika z opravljenim programom sekundarijata in opravljenim licenčnim izpitom (m/ž)**
- d) specializanta družinske medicine ali pediatrije (m/ž)**

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

Pogoji zaasedbo:

- a)
 - končana medicinska fakulteta,
 - specializacija iz pediatrije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželene delovne izkušnje – eno leto.
- b)
 - končana medicinska fakulteta,
 - specializacija iz splošne oziroma družinske medicine,
 - opravljen podiplomski tečaj za varstvo otrok in žena,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželene delovne izkušnje – eno leto.
- c)
 - končana medicinska fakulteta,
 - opravljen program sekundarijata,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželene delovne izkušnje – eno leto.
- d)
 - končana medicinska fakulteta,
 - specializant splošne, družinske medicine ali pediatrije,
 - veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
 - znanje slovenskega jezika,
 - zaželene delovne izkušnje – eno leto.

II.

zobozdravnika (m/ž)

Pogodba o zaposlitvi bo sklenjena za določen čas, eno leto. Poskusno delo v skladu s Kolektivno pogodbo za zdravnike in zobozdravnike.

Pogoji zaasedbo:

- končana medicinska fakulteta – smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice,
- znanje slovenskega jezika.

Rok za oddajo vlog je 15 dni.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju pogojev in kratek življenjepis pošljejo na naslov:
Javni zavod Zdravstveni dom Radeče,
Ulica OF 8,
1433 Radeče.

Za vse informacije, prosimo, pokličite na
T: 03 568 02 00,
Zdravstveni dom Radeče,
direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med.

Zdravstveni dom Vrhnika

Na podlagi 23. člena Zakona o delovnih razmerjih in 11. člena KP za zdravnike in zobozdravnike Zdravstveni dom Vrhnika objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

v šolski zobni ambulanti za nedoločen čas s polnim delovnim časom in štirimesečno poskusno dobo.

Pogoji:

- diploma medicinske fakultete - smer dentalna medicina,
- opravljen strokovni izpit,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo v Republiki Sloveniji.

Kandidati naj pošljejo svoje vloge z dokazili o izpolnjevanju razpisanih pogojev v 30 dneh po objavi na kadrovsko službo ZD Vrhnika, Cesta 6. maja 11, 1360 Vrhnika.
O izbiri bodo kandidati obveščeni v osmih dneh po odločitvi.

Zdravstveni dom Šentjur

objavlja prosto delovno mesto

zdravnika specialista splošne ali družinske medicine ali pediatra ali zdravnika z licenco za delo v družinski in šolski ambulanti v ZD Šentjur

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

Pogoji:

- zdravnik s končano medicinsko fakulteto, opravljenim strokovnim izpitom in licenco za delo v družinski ali šolski medicini ali zdravnik s končano specializacijo iz družinske medicine ali pediatrije,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije za področje družinske ali šolske medicine,
- vozniški izpit B-kategorije,
- poskusno delo v skladu z določili Kolektivne pogodbe za zdravnike in zobozdravnike,
- znanje slovenskega jezika,
- poznavanje dela z računalnikom,
- usposobljenost za delo v dežurni službi in NMP.

Kandidati naj pisne prijave z dokazili pošljejo na naslov:
ZD Šentjur,
Cesta Leona Dobrotinška 3 b,
3230 Šentjur.

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, pod »razpisi«, in v sprejemni pisarni Občine Železniki.

Dent & d.o.o.

Objavlja prosto delovno mesto

zobozdravnika (m/ž)

Za delo v zasebni zobozdravstveni ambulanti za odrasle.

Nastop dela po dogovoru.

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

Poleg splošnih pogojev, določenih z zakonom, mora kandidat izpolnjevati še naslednje pogoje:

- končana medicinska fakulteta – smer stomatologija,
- veljavna licenca Zdravnike zbornice Slovenije,
- aktivno znanje slovenskega jezika,
- državljanstvo Republike Slovenije.

Kandidati naj vloge z dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljejo v 15 dneh po objavi na naslov:
Dent & d.o.o.
Peričeva 27, 1000 Ljubljana.

OGLASI

Oddaja v dolgoročni najem

KRANJ - center, Koroška c.,

tretje nadstropje, sedaj pisarniški prostori v poslovni stavbi na frekventni lokaciji ob vходу v staro mesto, dostopno z avtomobilom. Stavba ima dvigalo. Možna je preureditev za potrebe ordinacije. Na razpolago je enoten večji prostor z 2 vhodoma površine 111 m², 5 prostorov, vsak z svojim vhodom, ki jih je možno medsebojno povezati, v izmeri 127 m², ter 2 medsebojno povezana prostora, vsak z svojim vhodom v izmeri 39 m².

Cena najema 12,00 EUR/m² + stroški.

Dodatne informacije:

AJP, d.o.o. Koroška cesta 2, 4000 Kranj,
T: 04 20 28 223, 031 330 040,
Alenka Šepec, info@ajp.si, www.ajp.si

Zasebna zobna ordinacija v Ljubljani išče prizadevnega in pridnega

zobozdravnika ali zobozdravnico

za redno delo na področjih konzervative in protetike z veseljem do nadaljnjega izpopolnjevanja, predvsem na področjih protetike, učenja kirurških postopkov in/ali ortodontije.

Prijave z življenjepisom sprejemamo še 3 tedne po objavi oglasa.

Stomatoestetika Kuliš, d.o.o.,
Dražgoška 34, 1000 Ljubljana.
T: 041 662 385, Andreja Kuliš

V zasebni zobni ordinaciji
v okolici Ljubljane zaposlimo

doktorja dentalne medicine

polni delovni čas.

Informacije:

T: 01 7234-522 ali 031 684-212.

Kolegu nudim

sodelovanje v zobni ordinaciji

na Koprskem.

T: 031 556 743.



Ljubljana – Župančičeva jama,

v pritličju poslovno-stanovanjskega objekta
(l. 2007)

oddamo ali prodamo

nove klimatizirane poslovne prostore 100
m², opremljene po standardih Ministrstva
za zdravje, primerne za vse zdravstvene
dejavnosti.

Najem 1500 EUR + stroški + DDV/mesec.

Metropola d.o.o., Ljubljana,
Vodovodna cesta 109,
T: 051 604 218,
E: matic.romsak@metropola.si

CENIK MALIH OGLASOV

- **razpisi za delovna mesta v javni zdravstveni mreži - brezplačno**
- **razpisi za delovna mesta 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta**
- **oddaja poslovnih prostorov - ordinacij: 98 EUR,
za člane ZZS 50 odstotkov popusta**
- **ostali mali oglasi (prodaja inštrumentov, avtomobilov) 135 EUR,
za člane ZZS 50 odstotkov popusta**
- **novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 195 EUR,
za člane ZZS 50 odstotkov popusta.**

20-odstotni DDV ni vračunan v ceno

Prireditve za bolnike

Vstopili smo v novo leto. Ne da bi prenehali hiteti, živimo kot prej, morda si le nalagamo nove opravke in obveznosti. Hkrati pa se še vedno dotikamo stvari, ki nas veselijo, nas sproščajo, polnijo z novo energijo in nam prinašajo radost in dobro voljo. Prireditve za bolnike v UKC Ljubljana v organizaciji KUD-a Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher je zagotovo prireditve, katere namen je vnašati radost med ljudi in vplivati na dobro počutje in pozitivno razmišljanje tako bolnikov, ki bivajo v UKC, kot zdravstvenega osebja in svojcev bolnikov, ki jih obiskujejo in nekaj časa preživijo z njimi v tem prostoru.

Kot običajno, je tudi januarsko prireditve vodila in povezovala vedno mladostna in sproščena zdravnica in predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupančič Slavec. Brezhibno ozvočenje in sladka pogostitev s kolači, sadjem in sokovi pa so prav tako stalnica vsakomesečnih prireditev za bolnike v razstavišču UKC.

Ko neže »zbodejo«, ni bolečine

Januarsko prireditve za bolnike so začele pevke Bodeče neže, ki so prišle iz Kranja in že 18 let delujejo znotraj akademske folklorne skupine Ozara. Druži jih ljubezen do ljudske pesmi, želja po ohranjanju le-te in obilica dobre volje, smeha, kar je bilo čutiti tudi na njihovem nastopu. Zelo lepo jih je bilo videti v zanimivih oblačilih, ki niso bila tipične kopije naših narodnih noš, temveč sodobno oblikovane obleke z elementi, ki spominjajo na stara oblačila. Tudi njihova zunanja podoba je »zapatim pesmim« dodala poseben čar. Pripravile so tri sklope pesmi: ljubezenske, balade in šaljive pesmi. Zapele so manj znane pesmi, ki so jih zapisale na terenu, na podeželju, pri starih ljudeh. Bile so preproste pesmi, polne resnic, in nekaj balad, ki ohranjajo spomin na resnične dogodke. Za šaljive pesmi pa je umetniška vodja skupine, etnologinja Mateja Urbiha, povedala, da se ne strinja s stereotipom, da imamo Slovenci le žalostne pesmi, saj obstajajo tudi takšne, ki so celo tako zbadljive, da niso primerne za vsako družbo! Za svoj nastop so požele velik aplavz. Sicer pa je bila skupina že nagrajena in je lani posnela tudi zgoščenko, kjer najdemo pevsko izročilo različnih slovenskih pokrajin in s katero so pevke dodale svoj mozaik k ohranjanju naše pevske dediščine.

Pokrajina z življenjem in sporočilom, zajetim v moč vtisa

Osrednja galerija UKC nam je v januarju ponudila na ogled slikarska dela člana likovne sekcije domačega KUD-a Petra Lazarevića. Da umetnost nima meja, priča dejstvo, da je tokrat predstavljeni umetnik sicer profesor telesne vzgoje. Slika že skoraj 40 let in vidi se, da je v tem času resnično prehodil dolgo pot, porabil veliko čopičev in barv ter ustvaril pestro paleto umetnin. Za tokratno razstavo je pripravil popolnoma nov cikel, z mislijo na obstoječi razstavnici prostora velike galerije UKC. Ustvaril je živahna, pripovedna dela, ki prikazujejo izseke različnih pokrajin in mesto Ljubljana, ki se ga ustvarjalec dotika svojstveno. Prevladuje odsev mesta, ne le v vodi, temveč tudi v avtorjevem doživljanju. Nagovarja ga slikovitost mesta z arhitekturnim bogastvom in reko Ljubljanico. Na slikah lahko začutimo prehode letnih časov, igro svetlobe in kako se preko impresije realistične podobe spreminjajo do abstraktnih oblik, v katerih pa še vedno prepoznamo asociativne elemente mesta ali pokrajine. Slike nas očarajo s svojo svetlobo, kompozicijo in energijo. To velja tako za dela, ki so ustvarjena na platnu, kot tudi za akvarele. Pri le-teh je začutiti avtorjevo tenkočutnost in mojstrsko ujete vtise.



Otroški nevrolog in epileptolog prim. Igor Ravnik je kot terapevt in pomemben spodbujevalec vsega dobrega v fotografu Miklavžu Čuku spregovoril o svojem varovancu (foto: Tomaž Rott).



V velikem avditoriju sredi prve vrste sedi fotograf Miklavž Čuk, desno nevrolog prim. Igor Ravnik, levo andragoginja Ana Krajnc (foto: Tomaž Rott).

Umetnika Petra Lazarevića je predstavila umetnostna kritičarka Polona Škodič kot krajinarja urbanega mesta, ki mesto ljubi na svoj način. Poudarila je, da je razstava pregledna, barvita, tehnično raznolika, a še vedno avtorsko prepoznavna, saj se prepoznajo njegova tenkočutnost, znanje in čustva ter visoka raven umetniškega ustvarjanja! Doc. dr. Tone Pačnik, predsednik Likovne sekcije KUD-a, je avtorju izrekel zahvalo in mu čestital v imenu sekcije za opravljeno delo.

Ko nas zaznamuje bolezen, poizkušamo kljub temu živeti čim bolj polno

Pred odprtjem razstave fotografa Miklavža Čuka v Mali galeriji nas je voditeljica prireditve prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec opozorila na pomen sprejemanja drugačnosti in nas spodbudila, da se tega zavedamo tudi v svojem okolju in tako prispevamo, da bo čim manj frustracij in obupanih ljudi. Ko v družini nekdo zboli, je bolezen potrebno sprejeti, bolniku pa pomagati, ga vzpodbujati na vse možne načine in mu omogočiti čim bolj polno življenje. Toplo družinsko okolje, razumevanje domačih in okolice je velikega pomena za zdravljenje in življenje bolnikov.

Tem besedam se je pridružil tudi primarij Igor Ravnik, otroški nevrolog in epileptolog, predsednik Lige za epilepsijo. Za vzor nam je dal svojo gimnazijsko profesorico francoskega jezika, sedaj že 99-letno gospo, ki v domu

starejših občanov poučuje mlajše od sebe, ki so vključeni v program aktivnosti tretjega življenjskega obdobja in prav zaradi njenih predavanj tedensko prihajajo v dom in sledijo njenemu znanju in dobri volji... Povedal nam je, kako veliko ljudi v Sloveniji ima epilepsijo in kako močno bolezen vpliva na njihovo življenje. Predstavil nam je življenjsko zgodbo razstavljalca fotografij Miklavža Čuka, ki kljub težavam ni nikoli zanemaril svojih sposobnosti, zgubil poguma in odločnosti.

Voditeljica je k nagovoru povabila mamo razstavljalca Miklavža Čuka, profesorico Ano Krajnc. V nekaj besedah nam je spoštovana andragoginja predstavila pomen ohranjanja samozavesti, samospoštovanja bolnika in pomen samostojnega življenja, gradnje bolnikovih sposobnosti in izogibanja področjem, ki bolnika frustrirajo. Četudi nekdo ne kuha sam, ne pomeni, da ni samostojen, saj si lahko za določena opravila poišče pomoč, ohranja pa dejavnosti, ki ga bogatijo, se ob njih razvija in notranje raste.

Bolezen ne ustavi vrelca ustvarjalnosti

Miklavž Čuk se s fotografijo ukvarja že od rane mladosti. Fotoaparati so njegovi zvesti spremljevalci in orodje za odkrivanje in zapisovanje pogledov iz različnih zornih kotov in zaznavanje kompozicij, trenutkov svetlobe in lepote narave. Kljub epilepsiji in hudi prometni nesreči s kolesom, poškodbi glave, je znal

ohraniti vez z naravo in željo po iskanju lepega in zanimivega, predvsem pa voljo do aktivnega življenja. Tudi svojo ženo Silvo, s katero živita v Domu upokojencev Ilirska Bistrica, je navdušil za fotografijo.

Tokrat se nam Miklavž Čuk predstavlja s fotografijami narave, predvsem cvetja, vode in nekaj detajli, ki izstopajo iz vsakodnevnega opažanja okolice. Celo v zloženih polenih je opazil črte, ki sestavljajo kompozicijo in so barvno skladne. Cvetje je vedno lepo, a ostane večno le, če ga shranimo z »ovekovečenim«
pogledom skozi fotografski objektiv. Vsak sprehod je bogatejši, če uspemo narediti nekaj dobrih fotografij, včasih pa za to zadošča tudi pogled skozi okno ali svetloba v prostoru ...

Avtor se zadnje čase veliko posveča delu za računalnikom in odkriva nove razsežnosti digitalne fotografije. Rad pa spoznava svet tudi preko interneta. Kdo ve, kaj razmišlja in s čim nas bo presenetil v prihodnje ...

Mi lahko le sledimo vzoru in aktivnostim razstavljalcev ter svoje čutne zaznave in miselna sporočila oblikujemo v vizualna sporočila in tako na svoj način posežemo v likovno govorico. Morda nam takšen način razmišljanja pride prav, ko se tudi nas dotakne neželena bolezen in bomo potrebni razumevanja in vzpodbud! In prav tukaj razstava z uvodno predstavitevijo avtorja nagovarja vse bolnike v UKC, da so tudi sami pogumni v svoji bolezni.

Barba Štembergar Zupan



Pevke ljudskih pesmi Bodeče neže (foto: Tomaž Rott).



Ves januar so obiskovalce razstavišča UKC Ljubljana navduševala zgovorna platna slikarja Petra Lazarevića. V pogovoru s predsednico KUD-a prof. dr. Zvonko Zupanič Slavec se je predstavil kot človek številnih interesov in obilice znanja (foto: Tomaž Rott).

Razstava Antona Dolenca v Medicinskem centru Iatros

Predvsem dve temi: človek in krajina

V Medicinskem centru Iatros v Ljubljani vsako leto, za božično-novoletne praznike, odprejo novo slikarsko razstavo, ki do naslednje razstave krasi prostore Medicinskega centra. V letošnji, ki je že deseta, svoja dela razstavlja priznani zdravnik, umetnik in športnik, prof. dr. Anton Dolenc. Tokrat se predstavlja kot slikar.

Prof. dr. Anton Dolenc se je rodil 13. junija 1930 v Rečici ob Savinji, v družini očeta, ki je bil rezbar in pozlatar. Potrebo po umetniškem izražanju je prinesel od doma, a izrabil je možnost, da je študiral medicino, in s svojo delavnostjo, v svojem poklicu, postal doktor medicinskih znanosti, redni profesor in predstojnik inštitutov za patologijo in sodno medicino Medicinske fakultete v Ljubljani. Objavil je nad 500 strokovnih in publicističnih člankov in napisal knjigi Medicinska deontologija I. in II.

Anton Dolenc je skoraj ves prosti čas posvetil umetnosti. Slikarstva se je lotil tako resno, da je v potrditev in priznanje za njegovo umetniško ustvarjalnost leta 1966 postal član Društva slovenskih likovnih umetnikov (DSLJU) in celo funkcionar Zveze društev. V družbi slovenskih umetnikov je neštetokrat razstavljal doma in v tujini. Večkrat je razstavljal tudi samostojno.



Doc. dr. Pavle Košorok in prof. dr. Anton Dolenc

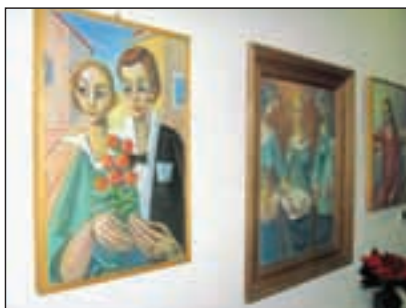


Prof. dr. Anton Dolenc in umetnosti kritik dr. Mirko Juteršek



Kulturni program – recitacija slovenskega pesnika in igralca Toneta Kuntnerja

Bogat opus slikarja in zanimiv izbor slikarskih del je predstavil umetnostni kritik prof. dr. Mirko Juteršek, ki je poudaril, da se Anton Dolenc problemsko pogloblja predvsem v dve temi. V človeka, predvsem v prikazovanju njegove stiske in socialne bede. Znal pa se je poglobiti



tudi v njegovo delo, posebno v življenje ribičev in mornarjev. Vseskozi je z občudovanjem slikal gracilnost (nežnost, drobnost, vitkost) žena in deklet: vedno in vsakič na samosvoj ekspresiven (izrazit, izrazen, poln izraza, ganljiv) in zanj prepoznaven način.

Druga slikarjeva tema je krajina. Poglobljal se je v urbano strnjeno pozidavo obmorskih naselij, v njihovo preraščanje v brezdušno razčlovečenost velemest. O tem najbolj zgovorno govorijo zobate podobe v nebo dvigajočih se nebotičnikov, ki so jih v zadnjih, zdajšnjih letih slikarjevega umetniškega snovanja zamenjale barvite slike umetnikovih sanjskih vizij o neskončnosti zemeljske prostranosti. Nad umirjeno morsko gladino se pogled umetnika vse bolj izgublja v nejasni prostranosti neba z dramatičnimi oblikami čudovitih oblakov.

Odrpote razstave je spremljal kulturni spored. Posvečen je bil Primožu Trubarju in Francetu Prešernu. V glasbenem delu je nastopil Ansambel kljunastih flavt, ki ga vodi Veronika Ramovš, s pevko Evo Lahajner, v govornem pa pesnik in dramski igralec Tone Kuntner. Otvoritveno slovesnost je vodil in povezoval Sandi Čolnik.

Na koncu je direktor Medicinskega centra Iatros, doc. dr. Pavle Košorok, prisotne povabil k ogledu razstave in druženju. Vsem je zaželel srečo in vse dobro v naslednjem letu z željo, da se drugo leto zopet srečamo. ■

Janez Platiše



Kambodža je biser jugovzhodne Azije

Mojca Miholič

»Povprečno bivališče premore slabih 7 kvadratnih metrov in ljudje se gnetejo, tu in tam kakšen zaplava in se potopi v umazano vodo. Vsa kanalizacija odteka vanjo... V daljavi zagledam modro privezano ladjo, za spoznanje večjo, kot so ostale, in označena je z rdečim križem. Bolnišnica!? Takoj ga prosim, naj se ustavi, in zlezeva na palubo. Presenečena vstopim. Ambulanta. In tam je še ena in še ena. Kje je pa zdravnik? Gospod v belem plašču pristopi in se predstavim: »Tudi jaz sem zdravnica!« Nasmehne se in pove, da žal on ni »pravi« zdravnik, pač pa medicinski tehnik in tukaj, na jezeru, zaradi pomanjkanja medicinskih kadrov deluje kot zdravnik in v celoti oskrbuje prebivalce. Žalostno mi pokaže borno lekarno, omaro z nekaj škatlicami antibiotikov, protibolečinskih zdravil in obvezilnega materiala. Ljudje prihajajo v glavnem zaradi drisk, zvečane telesne temperature, bolečin in porodov. Natančno pa vodi vso dnevno statistiko obiskov.«

Odprem dnevnik in v zimskem večeru listam, listam... ustavim se. Miselni proces zastane in zgolj berem. Hvaležna sem si, da imam zapiske, ki me obenem kratkočasijo ter predstavljajo ne-

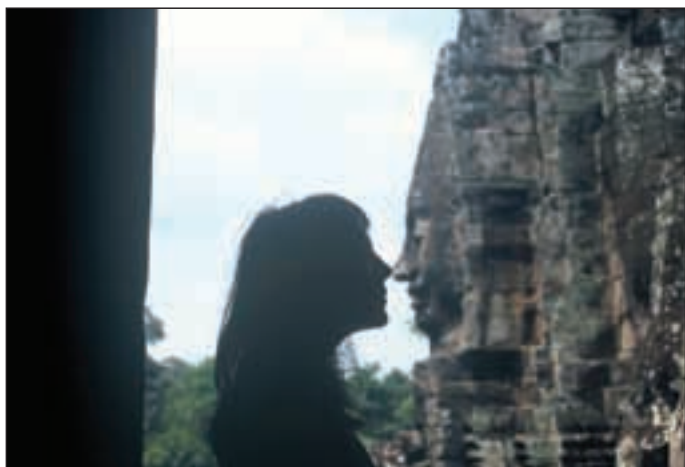
usahljivi vir resničnih spominov na nedavno potovanje.

»Nedeljsko jutro v Siem Reapu, po nočni nevihti in grmenju. Ko v Aziji dežuje, resnično dežuje in dežne kaplje postajajo pravi veletok z neba. Zjutraj se vse bohota in nežni zeleno-zeleni barvi, taki, ki se je z besedami ne da opisati. Tako ima samo Azija! Pohiteti moram, saj me pred vhodom že pričakuje moj osebni voznik tukajšnjega vozila tuk-tuka (kot na Tajskem!). Gospod Sovannarith, on, s sprva plašnim nasmeškom, ki se mu je prejšnji dan šele po nekajurnem (s)poznovanju razlezel v široko belino zob in ustnic... Kambodža je čudovita dežela, z dih jemajočo tisočletno zgodovino in odvrtno bližnjo preteklostjo. In žal, posledično, prav ta še vedno seje in neti revščino, nezaupanje in grenkobo v domačih prebivalcih. Po kratkem pozdravu: »Sua s dei! Pozdravljen!« že drviva po ozki, peščeni stezi... templjem naproti. K templjem, otrokom, sreči, prostosti, presenečenjem. To je moje lepo tukajšnje vsakdanje življenje. Tudi če bi se sedaj morala spomniti kake slabe misli ali jeze, mi ne gre. Na srečo sem si že včeraj priskrbela tedensko vstopno karto za ogled kmerskih starodavnih krasot. Moj voznik mi je žalostno priznal, da večina prebivalcev ob Angkor Watu in Angkor Thomu ne bo nikoli videla lastnih zgodovinskih znamenitosti, ki jih zahodni popotniki tako množično

občudujemo in obiskujemo, ker enostavno ne bodo nikoli zbrali zadosti denarja za nakup vstopnice. »Hudiča!« si mislim, krivica. In prav ta se tem budistično naravnanim ljudem ob jezeru Tonle Sap nenehno dogaja. Zakaj so tako kaznovani?

Ustaviva se pri stojnici in kupim vodo ter pozdravim otroke. Veselo so mi skočili v objem. Danes so mi rekli, da sem postala njihova prijateljica; še včeraj sem bila njihova odjemalka, saj sem pri njih kupila ananas, v zahvalo pa sem jim podarila veliko napihljivo žogo (še iz Slovenije). Vsak med njimi mi je narisal sliko in mi spletel ribico (iz njihove trave), na kateri je majhen zvonček... za srečo! Otroci v glavnem ne obiskujejo šol, le redki starši jim lahko omogočijo šolanje. Otroci so željni znanja in pridno ponavljajo številne angleške, francoske, nemške stavke... Glede na mimoidočega pač! Pristopila je tudi gospa z dvema otrokoma in mi za en dolar kar precej vsiljivo silila svojega otroka v naročje. Cena življenja?? En dolar?

Peljeva se dalje in vsa trepetam od vznemirjenosti, mešajo se občutki vseh vrst in intenzivnosti. Kdaj bom tam, pred Angkor Watom? Nekje v podzavesti že med vožnjo začutim mravljinca po koži in glej, tam v daljavi zagledam to arhitektonsko in umetnostno, dih jemajočo veličastno krasoto. Angkor Wat (wat



»Poljub Bude« v templju Bayon



Angkor Wat - simbol kamboške in kmerske zgodovine, ponos naroda. Številni domačini ga ne bodo nikoli obiskali.



Osamljeni deček ždi na oknu osamelega templja in sanja o nikoli izpolnjenih željah...

pomeni v kmerščini tempelj), ki se kot mogoč-na trinadstropna piramida, okronana s petimi stolpi, kot lokvanjevimi cvetovi, dviga 65 metrov visoko nad površjem. V zgodnjem 12. stoletju je pričel z gradnjo takratni kralj, Suryavarman II., in celotni tempelj posvetil hindujskemu bogu Višnuju. Vse stene templja so zunaj in znotraj umetelno izrezljane in natančni reliefi, ki ponazarjajo mitološke zgodbe, dodajajo velik umetniški pečat. Turistov je ogromno in čakam na strmi vzpon po stopnicah do najvišje lože, od koder mi seže pogled v kamboško neskončnost. Vem, da se tempelj vidi tudi z Lune, kar dokazujejo številne fotografije, in nikakor ne morem nehati opazovati naokrog.

Že sedaj sem srečna, ker sem si kupila tedensko karto in bom lahko do vseh potankosti raziskala to sanjsko, čarobno, energetsko krasoto! Po nekaj urah vandraja gor in dol in levo in dol... se z voznikom odpraviva dalje, v Angkor Thom, zadnje glavno mesto nekdanjega kmerskega imperija iz 13. stoletja. Mesto je le streljaj od Angkor Wata, s površino treh kvadratnih kilometrov, v budističnem stilu, saj je budizem v Kambodži kmalu prevladal nad nekdanjim hinduizmom. Centralno mesto zaseda tempelj Bayon z velikanskimi kamnitimi obrabi, za katere še sedaj ne vemo, koga pravzaprav predstavljajo. Krasno! Sprehajam se ob templjih in med drugim zvedavo opazujem domačine, ki jim je s prodajo napitkov in sadja uspelo pro-

dreti v notranjost mesta. Glej, si rečem, otroci drvijo s prevelikimi kolesi in zdaj zdaj bo eden odfrčal po pesku... Večurni obhod tisočletne zgodovine se še vedno nadaljuje in že sem pred Ta Prohmom, templjem, ki je nekaterim Evropejcem že znan iz filma »Tomb rider«, z Angelino Jolie... Ampak to ni fikcija, je resnica. Delno je celotni tempelj še vedno poraščen in daje vtis, kot da je sredi džungle, saj ga masivni figovci in ostala močno koreninasta drevesa že pošteno preraščajo ter mu s svojimi izrastki na nek način uničujejo stabilnost, obenem pa dajejo pravljično-grozeči videz. Podobno nedorečeno: »Strašno? Zanimivo? Nezemeljsko?« je tudi v nekaj ostalih templjih.

Polna novih vtisov in predvsem občutkov se vračam v svojo sobo in zaključujem »ogledovalni del« dneva. No, seveda sledi še večerno razvajanje pri domačinu Buntheounu Mayu, ki sem ga spoznala včeraj in naju je z malezijsko prijateljico povabil na tradicionalno kamboško večerjo, pa refleksna masaža nog in še in še... Do konca in naprej naj bo tako!«

Ozrem se in globoko zavzdihnem. Tukaj, doma, prav nočoj zopet zelo pogrešam vonjave Azije in sanjarim dalje. V dnevniku obračam strani, kjer so nalepljene številne drobne znamenitosti, vstopnica s plesnega spektakla znamenitih kamboških plesalk apsara plesa, pa račun iz domačinske restavracije s tradicionalno hrano, številni koščki papirja z naslovi in vizitkami domačinov s poti, fotografija mojega šoferja ob obisku več kot 60 km oddaljenih templjev in meni posebno ljub, seveda nerazumljivi tekst samo zame, na katerem je napisana moja karma (v kmerščini), in še in še. Dnevi se ob obilici zanimivih dogodkov, žal, še hitreje sukajo in že je tu četrtek... Berem.

»Sončni vzhod. V zraku je poseben naboj in jutra so tukaj čudovita. Dan bi rada preživela na jezeru Tonle Sap, največjem jezeru v jugovzhodni Aziji, ki se že na zemljevidu baha s svojo veliko modrino proti pretežno zeleni barvi... V deževnem obdobju zavzame več kot petkratno osnovno velikost in predstavlja velik vodni rezervoar in ribjo prehranbeno dobrino lačnim družinam, ki na svojih plavajočih hišah – čolnih preživljajo vsakdanje, njim normalno, običajno življenje. Spoznam mladega čolnarja, ki mi plašno zaupa, da je revež, samorastnik; očeta mu je »vzel režim«, tudi mati mu je umrla, sestro pa le enkrat mesečno sreča v mestu, če le pride do tja. Takoj se sporazumeva in zapljujeva po mirni gladini. Sprva samo opazujem in se sprašujem, čemu vse ljudje ne rečejo dom. Nobenega razkošja, ladje, čolni in hiše na kolih.

Povprečno bivališče premore slabih 7 kva-



Na »poljih smrti« so v spomin na večtisočglavo množico pobitih domačinov postavili »spominsko stupo«.

dratnih metrov in ljudje se gnetejo, tu in tam kakšen zaplava in se potopi v umazano vodo. Vsa kanalizacija odteka vanjo... V daljavi zagledam modro privezано ladjo, za spoznanje večjo, kot so ostale, in označena je z rdečim križem. Bolnišnica!? Takoj ga prosim, naj se ustavi, in zlezeva na palubo. Presenečena vstopim. Ambulanta. In tam je še ena in še ena. Kje je pa zdravnik? Gospod v belem plašču pristopi in se predstavim: »Tudi jaz sem zdravnica!« Nasmehne se in pove, da žal on ni »pravil« zdravnik, pač pa medicinski tehnik in tukaj, na jezeru, zaradi pomanjkanja medicinskih kadrov deluje kot zdravnik in v celoti oskrbuje prebivalce. Žalostno mi pokaže borno lekarno, omaro z nekaj škatlicami antibiotikov, protibolečinskih zdravil in obvezilnega materiala. Ljudje prihajajo v glavnem zaradi drisk, zvečane telesne temperature, bolečin in porodov.

Natančno pa vodi vso dnevno statistiko obiskov.

Kaj vse bi mu lahko prinesla iz Slovenije, mi šine skozi glavo, a obenem vem, da tega nikakor ne bi sprejel, saj ne sme! Podarim mu nekaj dolarjev in sadje. Običsem tudi plavajočo šolo in napišem na tablo svoje ime ter na zemljevidu pokažem svojo deželo. Ljudje mi vračajo nasmeh, z zanimanjem si me ogledujejo, predvsem pa se veselijo podarjenih svinčnikov in bonbonov. Hvaležna sem čolnarju, da me je pripeljal sem, odpela se mi je nova dimenzija razmišljanja in dojemanja drugačnosti. Ob vračanju v Siem

Reap sem nekako otožna, pa čeprav ne zmorem definirati natančno, zakaj.«

Ostale dneve sem kolesarila in kmalu je bil teden naokoli. Odločila sem se, da obiščem še glavno mesto Phnom Penh, in to ne po kopnem, z avtobusom, pač pa preko jezera naprej do reke Tonle Sap in Mekonga, ki teče skozi glavno mesto.

»Ponedeljek. 1,5-milijonsko kamboško glavno mesto. Mestni vrvež pod hotelskim oknom me vztrajno prepričuje, da je blagodejnega miru konec. Vaško vlago je zamenjal smog, prepojen z vonjem pečenega česna, riža in ostalih kuharskih mojstrovlin. Mesto je presečišče azijske preteklosti in sedanjosti, revščine in izobilja. Dolgo je veljalo kot simbol ljubkega, francosko naravnane indokinskega mesta, ampak mu neslavna politična zgodovina nikakor ne omogoča ohraniti te nekdanje slave. Obiščem kraljevo palačo, narodni muzej, velikansko tržnico in frizerski salon. Ves čas pa nekje v sebi pričakujem sprehod do tistega grozljivega Tuol Sleng muzeja. To je bila nekoč navadna srednješolska ustanova, dokler je niso leta 1975 prevzele Pol Potove varnostne sile in jo preoblikovale v zloglasno ječo »S-21«.

Rdeči Kmeri so vse ujetnike natančno dokumentirali in še danes je tam »fotografska razstava«. Več kot 17.000 ujetnikov so v letih med 1976 in 1978 od tam prepeljali (seveda po zverinskem mučenju, saj si še vedno lahko ogledaš številne mučilne naprave!) na nekaj kilometrov oddaljena Polja smrti, v Choeung Ek. Tukaj so jih zverinsko pobili, pri nekaterih so celo »varčevali« s krogli in so jih raje do onemoglosti pretepali, saj je bilo rečeno, da



Ogromne korenine uničujejo starodavne umetnine - templje, in vedno znova zbuja neizmerno fantazijo mimoidočim radovednežem.

je človeško življenje vredno manj kot krogla iz puške... Domačini so mnoge (okoli 9000) umorjene iz masovnih grobišč naknadno izkopali in razstavili njihove lobanje ter obleko v tako imenovani Spominski stupi. Kar srh me spreletava in ponovno si priznam, da človeška hudičevost nima meja. V Kambodži še vedno iščejo, in seveda tudi najdejo, mnoga minska polja, pohabljeni kmetje in otroci pa po poškodbah, brez okončin, lačno posedajo naokrog.«

V glavnem mestu sem preživela nekaj dni in se imela tudi prav zabavno, veselo in radostno. Nočno življenje se tudi tukaj razži v polnem

razmahu in neredko, kljub številnim grozečim napisom, da je prostitucija z otroki prepovedana, opaziš tudi tovrstne oblike spolnega življenja.

Kljub vsej tej nečastni novodobni preteklosti ostaja Kambodža kot figovci v templjih globoko zakoreninjena v mojem srcu in (pod)zavesti. Spoštujem kamboške ljudi in njihovo neomajno voljo do bitke s sistemom, večkrat nečloveško brezpravnostjo, korupcijo in zgolj s preživetjem. Ostajajo mi kot velik zgled pri dojemanju skromnosti kot velike človeške vrline. Njihov nasmeh je bolj grenak, a toliko bolj nepozaben! ■



Vedno zelena azijska pokrajina - kot da živimo v preteklosti.



Razposajenost in otroška radoživost ne poznata meja - pa čeprav med templji.

Zdravniki potrebujemo »odklop«

Ana Slana

Zdravniki vseh specialnosti, mladi in starejši, vseh pedagoških in akademskih profilov enostavno potrebujemo »odklop«, sprostitvev ali kakor koli želimo imenovati način, s katerim si olajšamo in polepšamo dolgo, delovno pot. Če že delamo skupaj, se ob tem tudi zabavajmo. Toplo priporočam.

Zadostujejo sanke - Popraznično malodušje se je že dodobra zajedlo v pore naše male klinike. Bolnikov kar ni in ni zmanjkalo, naše energetske polje pa se je šibilo. Niti poživljajoče kavice na bližnjem Onkološkem inštitutu nam niso zbristrale misli, ne kratki opoldanski klepeti pogreli src. . . Sama sem začela preverjati, ali Balintovih skupin res ni več?

Kako nujno je razbremeniti svoje utrujeno telo in poživiti duha, predobro ve naša Andreja Murnik Rauh, ki ji bližajoči se specialistični izpiti krati spanec in krivi iskrivi nasmeh na ustnicah. A se ne pusti. Tako je malo »potuhtala«, globoko zajela sapo in nas na drugi januarjski ponedeljek, 12. januarja 2009, povabila na nočno sankanje z Ljubelja.

Njena zavzetost in iskreno navdušenje nad tamkajšnjo sankško ponudbo sta prepričala še najtrdozratnejše nevernike. Kar nekaj se nas je ogrelo za izlet po zaključku delovnega ponedeljka. Štartamo ob devetnajstih iz Ljubljane, z gorenjsko sekcijo pa se dobimo kar pod vzhodnim pol ure kasneje. Dogovorjeno!

Skupino zainteresiranih zdravnikov Dermatološke klinike, nujno potrebnih razbremenitve, predvsem pa neformalnega druženja in razvedrila, so zdesetkale viroze in neštete obveznosti dobrih družinskih članov. Tako nas je ostalo pet, še na dan odprave nekoliko pomišljajočih, a odločenih za izlet.

Gorenjska sekcija z Vesno Tlaker Žunter in Andrejo Stanonik Kafol je prva prispela na kraj odprave. Njune informacije o stanju s terena v ljubljanski avto na poti so bile kaj malo obetavne. Mraz, led in ne duha ne sluha o obljubljeni polni luni. O. K. Nič hudega, kar bo, pa bo.

Za udobni prevoz ljubljanske sekcije je poskrbel edini branilec moških barv Branko Pirš,

ki je varno prepeljal organizatorko Andrejo M. in mojo malenkost. Sanke, poleg katerih sem sedela na zadnjih sedežih, so bile dodobra nabrušene; gladka kovina je obetala hiter spust in veter v laseh. Kot bi mignil, smo med smehom prispeli do Tržiča, kjer se nam je odprla popolna jasnina in prečudovita polna luna. Še nekaj zavojev in mislija se je lahko začela.

Pred opuščeno carinarnico smo pustili jeklene konjičke, se zavili v šale, zapeli zadrge, poravnali rokavice in naglavne lučke ter poprijeli za sani. Takoj na začetku smo srečali skupino, ki je ravno zaključila spust. Bili so v enem kosu in nasmejani. Dober znak.

Pa smo šli navkreber. Zrak je bil suh in čist, malo pod ničlo. Izjemna jasnina in srebrna svetloba polne lune sta osvetljevali krasno Zelenico nasproti Ljubelja. Nekdaj tako obljudena in v »obljubljeno« deželo vodeča gorska cesta čez Ljubelj je bila dodobra zasnežena, sneg je bil mehak in voljan, a ravno pravšnji za naše namene. Korak nam je šel dobro od nog. Elegantno smo tempo prilagodili drug drugemu, tako da ni nihče sramotno sopihal predse ali drugi pogledoval na uro in nestrpno copotal od dolgočasja. Zavoj za zavojem, ena debata za drugo, nekateri bolj spredaj, drugi bolj zadaj, vsi pa navdušeni nad lepoto narave, ki nas je obdajala. Srečali smo oskrbnika, ki je s strumnim korakom odhajal v dolino, in nekaj sankaskih somišljenikov, ki so po levi strani poti zdrseli mimo nas.

Pol urice ali tri četrt, kdo bi vedel, minilo je tako hitro in tako prijetno, da utrujenosti nismo čutili. Na vrhu se je prikazala koča, pred

njo pa majhna ploščad do ledu zmrzlega snega, na katerem smo ovekovečili naš podvig in se malce ohladili. . . Pa priznajmo, tudi pogreli. Andreja M. nas je nagradila z aromatičnim kuhanim vinom, ki ga je brezpogojno nesla na svojih plečih vse do vrha. Zadišalo je po cimetu in pravkar minulih praznikih, mmmm. Za nevtralnno hidracijo smo si privoščili čajček Andreje S., Vesnina temna čokolada pa je bila pika na i našemu hedonizmu. Branko je še nekajkrat pritisnil na sprožilec, potem pa nas je hladen pot na koži spomnil, da ni več časa za posedanje, ampak za tisto, po kar smo prišli. . . SANKANJE!!!

Spustila sem se prva. »Na starih saneh bom morda le potrebovala kakšno okrepitev,« sem si mislila. Kje pa, švigale so hitro in se pustile gladko voditi po zavojih kot dober star vranec. Presenetili so nas majhni hribčki, ki jih med hojo navzgor sploh nismo opazili. Dodobra so nam pretresli zadnjice, ampak omembe vrednih poškodb nismo utrpeli. Še najhuje jo je odnesel Branko, razlogi so pač anatomske očitni. Nekaj bolj poledenelih ovinkov smo zvozili varno in počasi, pazili smo na nasproti prihajajoče sankake iz doline in vriskali v temo. Od hladnega zraka se nam je dodobra zanohtalo, a kaj bi to. Desetminutni spust je bil prečudovit. Eden za drugim smo se spustili do cilja in se pričakali. Naši izrazi so bili takšni, kot se jih najverjetneje spominjajo le naši starši iz davnih otroških let. Nagajivo navdušeni. Sani smo »postrojili« v krog in poklepetali, poslali sporočila in poklicali zaskrbljene svojce in sodelavce. »Smo živi, zdravi in se imamo fajn.«

Še nekaj besed v tiho noč, pozdrav in vruuum avtomobilov, ko smo odhajali domov. Odločili smo se, da sankanje ponovimo. Če ne sankanja, pa kaj podobnega. Uro kasneje sem pod vročim tušem prijetno utrujena razmišljala, da je naša mala pustolovščina vredna zapisa.

Zdravniki vseh specialnosti, mladi in starejši, vseh pedagoških in akademskih profilov enostavno potrebujemo »odklop«, sprostitvev ali kakor koli želimo imenovati način, s katerim si olajšamo in polepšamo dolgo, delovno pot. Če že delamo skupaj, se ob tem tudi zabavajmo. Toplo priporočam. ■



Z leve proti desni: Andreja Murnik Rauh, Ana Slana, Vesna Tlaker Žunter, Andreja Stanonik Kafol, spredaj Branko Pirš (foto Branko Pirš)

Poezija

Draženka Latinović

Zakaj se srce zmede?

*Zakaj se srce zmede in
s svojim nepravilnim, prehitrim
ali prepočasnim utripom
preglavice dela ljudem in
neštetim zdravnikom?*

*Od raznih dvomov, čustvenih
šokov, različnih nalog,
neporavnanih računov,
skrbi, neprespanih noči,
odvečnih hranil, nezdravih zdravil,
cigaret, kave in mamil,
napačno razporejene energije,
nakopičene žalosti, jeze in bede,
se ubogo človeško srce,
vede ali nevede,
ko mu je dovolj vsega,
na koncu zmede.*

Kri ni za talanje

*Kaj lahko talaš?
Talaš lahko žejnim vodo,
lačnim hrano, obubožanim
denar in streho nad glavo,
kakšno toplo obleko in odejo,
milo, brisačo in obuvalo,
kakšen glavnik in ogledalo.*

*Lahko talaš dobro besedo, knjigo,
topel pogled, iskren nasmeh
in nič takega, kar bi bilo greh.*

*Zakaj ne moreš talati krvi?
Zato, ker je to zapletena, unikatna
in zelo resna, od samega Stvarnika,
slehernemu podarjena stvar,
za nepopisno važno,
edino, čisto in ljubeče življenje,
kot najlepši dar.*

Ne morem in zmorem

*Ne morem sedaj,
preprosto rečeno,
v klasičnem pomenu
biti več zdravnica,
ker sem ob svojem
sedeminpetdesetem letu
skoraj obubožala, obupala,
osivela, pregorela, shirala in
malodane že umsko zbolela,
v glavnem zaradi vseh
posebnih pogojev in
tempa dela pri opravljanju
tega nadvse lepega in
nad vsemi poklici
izbranega poklica.*

*Ta poklic in delo
nesebično prepuščam tistim,
ki so še zdravi, čili, vedri,
optimistični, pogumni,
bistre glave, s še dobrim
spominom, hitrimi
refleksi, malo manj
senzibilni in tankočutni,
vendar še sočutni,
pa ne čez mejo varne in
zdrave samozaščite,
da jih ne doletijo,
Bog ne daj, kakor
mojo družino in mene,
hude eksistenčne nevihte.*

*Sedaj zmorem, moram
in še lahko nadaljujem
le novo in lepo, ne že
povsem zamujeno, veselo
življenje kot prava, »vrla«
ženska in dobra mama,
soproga, gospodinja,
vrtnarica, učiteljica
in svojih dragih svojcev
še ne odpisana sorodnica,
končno upokojena zdravnica,
na krilih in odrh novega,
pisateljsko-pesniškega
in novopečene babice
častnega poklica.*

“AU” – foristična tinktura

Kratki aforizmi v beli halji z geografskim poreklom

Janez Tomažič

Nedavno sem rekel bolniku: »Prepričan sem, da bo konec dober.«
»Verjamem. Samo ne vem, če ga bom dočakal,« mi je odgovoril.

Včasih, če mi (moje področje je aids) kdo od kolegov naredi kakšno uslugo, mu rečem, da mu bom vrnil, če bo kdaj potreboval. Kolegov odgovor: »Samo to ne!«

V času »moderne« so študentje umirali za jetiko (sušica), dandanes, v času »postmodernizma«, pa umirajo kar tako (prometne nesreče, droge, samomor).

Če mi kdo reče: »Naredil bom vse, kar je v mojih močeh«, skušam zadevo urediti sam.

Pametni zdravniki se lahko delajo neumne. Obratno je težje.

Dobro, da Slovenci nimamo »chief« inšpektorjev, kot so Morse, Barnaby, Japp (Poirot) itd. V njihovih nadaljevankah bi nas prehitro zmanjkalo, n'est pas.

SKNJIŽNE POLICE

Znanost

Wilhelm Voss: Versuch einer Geschichte der Botanik in Krain (1754 bis 1883)

Poskus zgodovine botanike na Kranjskem (od 1754 do 1883)

Znanstvenokritična izdaja - Celjska Mohorjeva družba nas je pred nekaj dnevi razveselila z izdajo zelo zanimive knjige – prevoda, ki obravnava zgodovino botanične vede v delu Slovenije, ki je bil do leta 1918 dežela Kranjska. V knjigi je najprej objavljen faksimilirani izvorni tekst avtorja W. Vossa v nemščini, sledi mu slovenski prevod mag. Mirka Zormana. Knjigo zaključuje redakcijsko poročilo in komentar prof. dr. Toneta Wrabra. Poudaril bi, da je prišla pobuda za ta prevod v slovenščino iz Gimnazije Jurija Vege v Idriji. Prevod in faksimile sta pomembna, ker so ohranjeni le redki izvodi izvornika, mnogo mladih pa tudi nemščino slabo obvlada. Redkost izvornih tekstov je pripisati dejstvu, da je W. Voss objavil svoj tekst v dveh Letnih poročilih državne



realne gimnazije v Ljubljani, kjer je kot profesor deloval dvajset let od leta 1874/75 do 1893/94.

V svojem »Poskusu« piše Voss tudi o Scopoliju in Hacquetu, dveh zdravnikih evropskega pomena, ki sta delovala na Kranjskem (v Idriji!). Poleg opisa oseb, ki so delovale botanično (floristično), je popisal še botanični vrt v Ljubljani (ustanovljen leta 1810). Poroča o naravoslovnem društvenem delovanju na Kranjskem, o deželnem muzeju, muzejskem društvu ter Licejski knjižnici. Imela je lepo zbirko botaničnih del.

Vsebinsko dopolnjujejo podatki za obdobje po Vossovem »Poskusu«. Ti so zbrani v »komentarju« prof. dr. Toneta Wrabra, kot spremno besedilo z ustrežno literaturo. Njemu gre zahvala, da je izdana knjiga lahko označena kot »znanstvenokritična izdaja«.

Skratka, lepa pridobitev za slovensko znanost in kulturo.

Luka Pintar

Slovensko zdravniško društvo pod pokroviteljstvom ministrstva za zdravstvo organizira v sodelovanju s SISI

od 12. do 21. aprila 2009 v Ljubljani, UKC,

8-dnevni brezplačni tečaj polaganja keramike za zdravnike in stomatologe, zaposlene v javnem sektorju, ki je sestavljen iz 5-dnevnega teoretičnega tečaja za polaganje keramike in ostalih zaključnih del v gradbeništvu z nadaljevalno praktično 3-dnevno delavnico.

Edini pogoj za prijavo na tečaj je podpis aneksa k vaši osnovni pogodbi, v kateri se zavezujete, da ne glede na možne finančne pridobitve ostanete zaposleni v javnem zdravstvenem sistemu za vsaj 40-urno tedensko obveznost do dopolnjenih pogojev, ki veljajo za prenehanje dežurstev.

Po tečaju in delavnici je predviden takoj preizkus z mednarodno priznanim certifikatom. Ta mednarodni certifikat je možno nato uporabiti tudi kot znanje za dvig posebnih pogojev dela na vašem delovnem mestu.

Posebne ugodnosti/obveznosti imajo:

- specialisti kirurgi imajo priznana 2 dneva na račun ročnih spretnosti;
- specialisti internisti imajo priznana 2 dneva na račun teorije;
- stomatologi imajo na račun teorije in prakse ter izkušenj z delom s cementom že v osnovi priznanih 80 % tečaja;
- specializanti morajo biti prisotni tako na teoretičnem kot tudi na praktičnem delu tečaja vsaj 66 % časa.

Organizator se zaenkrat dogovarja za organizacijo praktičnih delavnic v prostorih nove pediatrične klinike, nove ljubljanske urgence in nove nevrološke klinike. Organizator zaenkrat ponuja brezplačno montažo keramike in vseh zaključnih del, vendar prejemnik usluge (beri ministrstvo za zdravje) ugotavlja, da brez razpisa ne more urediti potrebnih pravnih stvari.

V času tečaja bodo organizirani satelitski simpoziji, in sicer:

- pod pokroviteljstvom farmacevtske hiše »Strara« bo organizirano kosilo in kasneje okrogla miza z naslovom »Ali je pri neredni oz. nezdravi prehrani keramičarjev smiselna uvedba statina?«;

- pod pokroviteljstvom farmacevtske hiše »Trumblon« bo organizirana slavnostna večerja, kjer bomo med drugim razpravljali tudi o ortostatski hipotenziji pri hitrem vstajanju in njenem vplivu na zeleno geometrijo keramike s poudarkom na tem, ali je antihipertenzivna terapija bolj usodna za naročnika kot za izvajalca del;
- vsakodnevne prigrizke bomo organizirali v sodelovanju s farmacevtsko hišo »Skastra«, kjer bodo potekale praktične delavnice o tem, kako zagotoviti v kratkem času hranilen, zdrav obrok, ki vsebuje dovolj hranil, da lahko opravljamo delo do konca delovnega časa;
- zadnji trije dnevi skupnega druženja bodo namenjeni predvsem praktičnemu delu s keramiko in cementnimi vezivi; dovoljena bo uporaba izključno pnevmatičnega orodja zaradi težav pri zagotovitvi ustrezne elektro-opremljenosti, beri ozemljenosti v prostorih Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana. Za izposojajo pnevmatičnega orodja se lepo zahvaljujemo privatni Stomatološki ordinaciji »Hit« in se zavezujemo, da bomo orodje lepo oprali, preden ga vrnemo.

V prihodnosti pripravljamo tudi naslednje tečaje:

- nadaljevalni tečaj zaključnih del v gradbeništvu s poudarkom na suhomontažnih sistemih;
- Osnove vodovodne inštalacije s poudarkom na montaži armatur;
- predavanja »Osnove davčne zakonodaje s poudarkom na tem, kako lahko javni zdravstveni zavod izplača nadure preko samostojnega podjetnika«;
- Ogrevalna tehnika in novosti v izkoriščanju alternativnih virov;
- sprejemamo tudi vaše želje glede kraja prakse ter naslovov naslednjih predavanj in tečajev!

mail: polaganjekeramike@gmail.com

In kje je zavarovalnica?

Zdravniška napaka, odškodnina in naša sodna praksa



Matjaž Zwitter s soprogo

Začnimo s primerom, ki si ga vsi mnogo lažje predstavljamo. Kot vozniki smo vsi zavarovani za škodo, ki jo povzročimo tretji osebi, in večino teh škodnih zahtevkov zavarovalnica izplača, ne da bi povzročitelj moral v zapor. Če mi pri normalni vožnji počí guma in me zato zanese ter se zaletim v drug avto, ne bom obsojen, prizadeti pa bo dobil škodo povrnjeno. Zavarovalnica pa me ne bo pokrila (oziroma bo od mene izterjala škodo), če bom res kriv, recimo če vozim pijan ali pa če moj avtomobil ni bil tehnično pregledan in registriran.

Razprave o zdravniški napaki se v javnosti, pa tudi v zdravniških in pravniških krogih običajno vrtijo okrog pojmov napaka, malomarnost, nevednost, spodrseljaj, zmota, nesrečno naključje. Seveda so med temi pojmi pomembne razlike, kljub temu pa ima javnost vtis, da mešamo meglo in se nekako poskušamo izvleči, tako da naj ne bi bil nihče kriv. Skoraj nikoli pa v razpravi o zdravniški napaki ne omenjamo zavarovalnice in njene odločilne vloge pri tem, da se v praksi nič ne premakne na bolje. Pri tem seveda ne mislim na zdravstveno zavarovanje, pač pa na odškodninsko zavarovanje – recimo Triglav ali Adriatic, kjer so zavarovane vse zdravstvene organizacije in tudi zasebniki. Zavarovalnica in naša sodna praksa zelo dosledno vztrajata pri stališču, da je bolnik upravičen do odškodnine samo v primeru, če zdravniku dokažejo krivdo. To pa je seveda stališče, ki zdravnika in bolnika v hipu potisne na nasprotna bregova: brez zdravnikove krivde ni odškodnine, zdravnik pa tudi ni tako nespameten, da bo sam ponudil dokaze za svojo obsodbo.

Začeli smo s primerom prometnega zavarovanja. V zdravstvu je položaj obrnjen. Zavarovalnica zahteva dokaz krivde zdravnika, da bi izplačala odškodnino, in v tem nevzdržnem stališču jo podpira naša sodna praksa. Zavarovalnice pridno pobirajo premije zavarovanja, odškodnino pa izplačajo tako redko, da o tem ni vredno govoriti.

Zdravniki vemo, da je napak mnogo več, kot jih pride v javnost. Mnoge niso usodne, so pa za bolnike neprijetne. Ne konča se vse s smrtjo, hvala Bogu, pogosto pa gre za dolgotrajne zaplete, včasih tudi za trajno škodo na zdravju. S stališča bolnika ni pomembno, ali je šlo za grobo napako zdravnika, za nevednost, za slabo organizacijo dela, za spregled pri preobremenjenosti – s stališča bolnika je resnica, da je bil rezultat zdravljenja slabši, kot bi bil v običajnih okoliščinah. Predpostavimo, da je edini dežurni kirurg pri nujni operaciji, ko pripeljejo drugega nujnega bolnika, ki mora nedopustno dolgo čakati na pomoč. Zakasnelo zdravljenje je pri drugem bolniku pustilo trajne posledice. Je zdravnik kriv? Ne. Je bolnik utrpel škodo? Da. V takem primeru bi moral po mojem bolnik dobiti odškodnino, ki jo plača zavarovalnica.

Če hočemo res nekaj storiti pri preprečevanju zdravniških napak, zdravnika in bolnika ne smemo potiskati na nasprotna bregova. Če bi bila sodna in zavarovalniška praksa drugačna, bi zdravnik bolniku takoj odkrito povedal, da je šlo (pogosto zaradi objektivnih okoliščin) nekaj narobe. Svoje zmote ne bi prikrival. Namesto da se spopadata zdravnik in bolnik, bi videli spor med zdravstveno organizacijo in zavarovalnico. Zavarovalnica, ki bi se iz »neto prejemnice« spremenila v plačnika, bi seveda zahtevala pogoje, pod katerimi zavarovanje velja. Tako kot me v prometu zavarovalnica ne krije, če vozim pijan, bi tudi tukaj zavarovalnica zapisala, da ne krije odškodnine za zdravnika, ki je brez počitka na delu že 30 ur. Morda bi zahtevala, da ima bolnišnica večjo ekipo dežurnih zdravnikov – in bi se tako postavila proti nenehnim pritiskom naših vodilnih v zdravstvu, naj skrbimo in racionaliziramo svoje delo. Zavarovalnica bi tudi zahtevala natančen popis zdravstvenih storitev, ki jih zdravstveni zavod ali zasebnik ponuja, kajti zavedala bi se, da so primerne izkušnje nujno zagotovilo za varno zdravljenje – tako se ne bi več dogajalo, da nekateri v hlastanju za zaslužkom delajo stvari, ki jih ne obvladajo. Skratka, kompetentna zavarovalnica, ki bi se zavedala svoje vloge in bi branila svoje finančne interese, bi imela pomembno vlogo tudi v preprečevanju zdravniških napak.

Samo še to. Mnogi bodo rekli, da odškodnina v denarju ne more povrniti zdravja ali življenja. To je seveda res. Kljub temu: pustimo ljudem, ki so doživeli škodo, da sami odločijo, kaj bodo z odškodnino. Saj jo lahko podarijo v dobrodelne namene. Po mojem nimamo pravice, da bi jim odrekli priznanje, da je bila storjena napaka, kajti prav to priznanje je mnogim glavni motiv, da svojo bolečino prinašajo v javnost. ■

Matjaž Zwitter



The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8480 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.



The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the XXth dynasty shows her as a symbolic picture. This image and her name were chosen to be the title of the journal of the Medical Chamber of Slovenia, the goal of which is to unite and link together doctors in their efforts towards the welfare of all people, the drops of blood from the goddess Isis.

The President of the Medical Chamber
Prim. assist.
Gordana Kalan Živčec, M. D.
gordana.kalan-zivcec@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber
Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.
Sabina Markoli, S. D.

The President of the Assembly
Uršula Salobir Gajšek, M. D.
The vice-president of the Assembly
Diana Terlevič Dabič, S.D.

Executive board of the Medical Chamber of Slovenia
The president of the Educational council
Prof. **Matija Horvat**, M. D., Ph. D.

The president of the Professional medical committee
Prof. **Radovan Hojs**, M. D., Ph. D.

The president of the Primary health care committee
Assist. **Antonija Poplas Susič**, M. D., Ph. D.

The president of the Hospital health care committee
Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

The president of the Dentistry health care committee
Sabina Markoli, S. D.

The president of the Legal-ethical committee
Assist. **Danica Rotar Pavlič**, M. D., Ph. D.

The president of the Social-economic committee
Jana Wahl, M. D., M. Sc.

The president of the Private practice committee
Assist. **Dean Klančič**, M. D.

The Secretary General
Brane Dobnikar, L. L. B.
Public Relations Department
Elizabeta Bobnar Najžer, B. A.

Legal and General Affairs Department
Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department
Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department
Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department
Mojca Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber of Slovenia

*Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province.
The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.*

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

- Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.
- Maintaining a register of members and issuing membership cards.
- Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.
- Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.
- Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.
- Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.
- The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.
- Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.
- Determining doctors' fees and participating in agreeing the prices of health care services.
- Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.
- Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional' salaries.
- Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.
- Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.
- Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.
- Assisting members to find suitable locums during their absence.
- Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.
- Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.
- Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.
- Monitoring alternative methods of treatment.
- Deterring prohibited and unacceptable medical practices.
- Providing a free permanent consulting service to members.
- Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.