

ISIS



Alija Košir (1891–1973)
histologija in embriologija



Pavel Lunaček (1900–1955)
ginekologija in porodništvo

Trend v Evropi: Zdravstveni sistem naj vodijo zdravniki

Mitja Košnik

Po dveh letih dela v vodstvu zbornice, torej na polovici mandata, je čas za razmislek, ali smo na polovici poti do ciljev, ki smo si jih zadali na začetku mandata.

Priznam, stvari gredo precej drugače, kot smo si predstavljali ob prevzemu dela. Takrat smo videli poti in vzvode, kako izboljšati učinkovitost zdravstvenega sistema in hkrati položaj zdravnikov. Pa se je situacija kmalu spremenila. Z novo politično oblastjo se je pojavil interes za vsako ceno hitro in drastično spremeniti pogoje delovanja zdravstvenega sistema. V zdravniški zbornici smo to vizijo ocenili kot pogubno za bolnike in zdravstveni sistem, zato smo največ energije usmerili v aktivnosti, kako upočasniti postopke sprejemanja nove zdravstvene zakonodaje in pridobiti čas za predlaganje učinkovitejših rešitev.

V pogovorih med člani vodstva, predvsem pa z iskanjem zgleda v drugih državah, smo se učvrstili v nekaterih prepričanjih. Najprej, idealen poklic za vodenje zdravstvenih ustanov je zdravnik, ki si pridobi dodatna znanja iz vodstvenih veščin. Ugovor, da je to drag pristop, hitro zbledi ob dejstvu, da je tak pristop najbolj učinkovit. Bolj življenjski je drug ugovor: zdravnike je težko prepričati, da sprejmejo ta pomemben izziv. Drugo prepričanje je, da zdravstveni sistem ne sme spodbujati delitev na primarni, sekundarni in terciarni nivo, ampak mora spodbujati sodelovanje zdravnikov pri obravnavi bolnika. Tretje prepričanje je, da brez podjetniških spodbud zdravstveni zavodi nikoli ne bodo delovali učinkovito. In ni le stališče slovenske zdravniške zbornice, ampak stališče predsednika Stalnega odbora evropskih zdravnikov (CPME), Konstantyna Radziwilla, ki je sodeloval na problemski konferenci vodstev slovenskih zdravniških organizacij 3. julija v Ljubljani, da je eno temeljnih poslanstev zdravniških zbornic, da sodelujejo z državnimi organi in jim svetujejo pri urejanju zdravstvenega sistema in zdravstvene zakonodaje ter da sodelujejo pri imenovanju oseb (ki naj bodo zdravniki) na pomembne položaje v zdravstvenem sistemu.

Ampak ko smo po dveh letih dela pogledali bilanco narejenega, se je pokazalo, da smo kljub vsemu dokončali že večino od pred dvema letoma zastavljenih projektov. Pa tudi take, ki so bili začeti v prejšnjih mandatih. Reševanje sporov z mediacijo, elektronsko delovno mesto in e-list bolnika, pravno svetovanje zdravnikom, zavarovanje pravne zaščite zdravnikov,

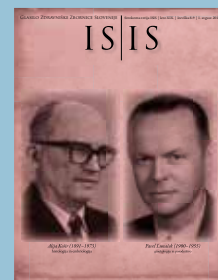
pomoč zdravnikom v stiski, pomoč pri odnosih z javnostmi, informiranje članstva preko biltena in intraneta, spletne ankete. Standardizirali smo zdravniško tarifo. In cilj, ki ga pred dvema letoma nihče ni resno jemal, je pa zato povzročil največ zavisti: Domus Medica, skupni dom slovenskih zdravnikov, je tik pred vselitvijo.

Spoštovani kolegi, začetek avgusta je najbolj primeren čas za oddih (Ali še vemo, kaj je to?). Tudi za zdravnike. Če pa slučajno listate revijo Isis, naj vas opozorim na še en skupni projekt Zdravniške zbornice in Slovenskega zdravniškega društva. Najdete ga na spletni strani <http://www.zdravniskazbornica.si/zs/1001/strokovne-smernice>



Prva učiteljka histologije in embriologije ter ginekologije in porodništva na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, histolog Alija Košir (1891–1973) in ginekolog Pavel Lunaček (1900–1955)

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



■ UVODNIK

Trend v Evropi: Zdravstveni sistem naj vodijo zdravniki 3
Mitja Košnik

■ ZBORNICA

Nasprotujmo vsem oblikam nasilja v zdravstvu – prijavimo nasilni dogodek! 7

Iz dela zbornice 10

■ PERSONALIA

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani 14

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru 18

Doseženi magistrski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani 20

Opravljeni specialistični izpiti 21

Izvolitve v učiteljske naslove na Medicinski fakulteti v Ljubljani 21

■ IZ EVROPE

Leto dni po epidemiji 24
Boris Klun

Usmrtitev na zahtevo – nova naloga zdravnika? 25
Marjan Kordaš

Pritisk na zdravnice in zdravnike dokazuje tudi raziskava 25
Marjan Kordaš

■ ZDRAVSTVO

Diplomiralo prvih enajst študentov mariborske medicinske fakultete 26

Zdravnik = menedžer 28
Nina Mazi

»Kirurški triptih« ali prenova kirurških specializacij 30
Miran Rems

■ FORUM

Kako preko strategij javnega zdravja ter »okolja in zdravja« do dobrega zakona o zdravstveni dejavnosti 34
Marko Vudrag

Protipravnost, privolitve in ali je zdravljenje res kaznivo dejanje? 37
Peter Golob

■ INTERVJU

Anton Dolenc – razmišljajoči zdravnik in umetnik 41
Zvonka Zupanič Slavec

■ IZ ZGODOVINE MEDICINE

Prva učiteljka histologije ter ginekologije in porodništva na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, Alija Košir in Pavel Lunaček 46
Zvonka Zupanič Slavec

■ ZANIMIVO

Alisa 56
Peter Borisov

Termalno zdravljenje med ognjeniki ob Blatnem jezeru na Madžarskem 58
Tomaž Rott

Apiterapija – uporaba čebeljih pridelkov v skrbi za boljše zdravje 62
Majda Kurinčič Tomšič

■ MEDICINA

Z dokazi podprta medicina v širšem smislu 66
Janez Preželj

Kanabis: kritična analiza vzorcev uporabe in nevarnosti za mladostnike 67
Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

Novo smernice zdravljenja benigne hiperplazije prostate in prednosti fiksne kombinacije dutasterida in tamsulozina 69
Ciril Oblak

Samohranilci 71
Nada Rotočnik Kozjek

Letošnja srečanja koloproktologov 75
Pavle Košorok

- Izobraževanje iz ginekološke onkologije 76
Dejan Ognjenovik
9. Svetovni kongres fetalne medicine na Rodosu 77
Darija Strab
- Evropska šola medicinske genetike 80
Irena Vrečar
- Ažmanovi dnevi Gorske reševalne zveze Slovenije 81
Samo K. Fokter, Iztok Tomazin
- Duševno zdravje delavcev v spreminjajoči ekonomiji 83
Tihomir Ratkajec, Alenka Škerjanc, Irena Manfreda
- Evropska onkološka šola o pljučnem raku in mezoteliomu 85
Nina Turnšek
- Bled gostil 31. kongres
Evropskega združenja za mikobakteriologijo 86
Mitja Košnik

■ OBLETNICA

- Prvi študenti popolne
Medicinske fakultete v Ljubljani ob 65-letnici vpisa 90
Dalja Sever Jurca
- Kdaj je čas? 91
Dalja Sever Jurca
- Uvodne besede ob 65-letnici vpisa prvih študentov na popolno
Medicinsko fakulteto v Ljubljani 91
Marijan Jurca

■ V SPOMIN

- Vladimir Sanič, dr. dent. med. 92
Vesna Džubur

■ S KNJIŽNE POLICE

- Andrej Šubic, Boris Pintar: Šarucova sliva, monodrama 93
Tomaz Rott

■ STROKOVNA SREČANJA 94

■ MALI OGLASI 107

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

- Sorško polje 108
Andrej Rant
- Sloka 108
Andrej Rant

Anton Dolenc – razmišljajoči zdravnik in umetnik

Zvonka Zupanič Slavec



Prvi študenti popolne Medicinske fakultete v Ljubljani ob 65-letnici vpisa

Dalja Sever Jurca



- Domovina 108
Andrej Rant
- Pegaz 108
Andrej Rant
- Tradicija letnih koncertov Pro medico se nadaljuje 109
Pavle Kornhauser
- ## ■ ZAVODNIK
- Zdravje, naše največje bogastvo 112
Anton Grad

Impressum

LETO XIX., ŠT. 8-9, 1. avgust 2010
natisnjeno 8500 izvodov
datum tiska: dan pred izidom
UDK 61(497.12) (060.55)
UDK 06.055:61(497.12)
ISSN 1318-0193 CODEN: ISISP9

IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK / PUBLISHED BY

Zdravniška zbornica Slovenije
The Medical Chamber of Slovenia
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDESEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
W: <http://www.zdravnikazbornica.si>
Isis online: ISSN 1581-1611
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

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

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

TEHNIČNA UREDNICA, LEKTORICA / EDITOR, REVISION

Marta Brečko Vrhovnik, univ. dipl. slov.
E: marta.brecko@zzs-mcs.si

UREDNIŠKI ODBOR IN NOVINARJI / EDITORIAL BOARD AND JOURNALISTS

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

TAJNICI UREDNIŠTVA / SECRETARY

Marija Cimperman
Slavka Sterle

OBLIKOVANJE / DESIGN

Andrej Schulz, Primož Kalan
VisArt studio, Ljubljana

RAČUNALNIŠKA POSTAVITEV IN PRIPRAVA ZA TISK - DTP

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

TRŽENJE / MARKETING

Zdravniška zbornica Slovenije
Dalmatinova 10, p. p. 1630,
1001 Ljubljana
T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109
E: isis@zzs-mcs.si

TISK / PRINTED BY

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

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

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

Navodila avtorjem

Rok oddaje vseh prispevkov za objavo v reviji Isis je do 5. v mesecu za naslednji mesec. Članke oddajte v elektronski obliki. Dolžina člankov je omejena na 30.000 znakov – štetje brez presledkov (velikost 12 pt, oblika pisave times new roman).

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

Če uporabljate kratice, ki niso splošno znane, jih je treba pri prvi navedbi razložiti. Prosimo, da se izogibate tujezječnim besedam in besednim vezam. Če ni mogoče najti slovenske ustrezne, morate tujo besedo ali besedno zvezo, ko jo uvedete v besedilo, razložiti.

Če ste članek napisali po naročilu farmacevtskega podjetja ali če v članku obravnavate farmacevtske izdelke, morate navesti konflikt interesov.

Ker izbrane prispevke honoriramo, pripišite polni naslov stalnega bivalička, davčno številko, davčno izpostavo, popolno številko transakcijskega računa in ime banke.

Poročila s strokovnih srečanj

Dolžina prispevka je omejena na največ 10.000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo, v tem primeru ima prispevek lahko največ 9000 znakov. Če gre za srečanja z mednarodno udeležbo, mora poročilo vsebovati oceno obravnavanega področja medicine v Sloveniji. Prosimo, da v poročilu povzamete bistvo obravnavane tematike in se ne zaustavljate preveč pri imenih predavateljev, ki za večino bralcev niso sporočila.

Na koncu prispevka lahko navedete imena pravnih ali fizičnih oseb, ki so kakor koli prispevale, da ste se lahko udeležili srečanja (uredništvo si pridržuje pravico, da imena objavi v enotni obliki). Zahval sponzorjem ne bomo objavili.

Nekrologi

V vsaki številki bomo objavili največ dva nekrologa. Dolžina nekrologa je omejena na eno stran, torej 5000 znakov (štetje brez presledkov). Priložite lahko eno fotografijo; v tem primeru ima prispevek lahko največ 4000 znakov.

Izjava uredništva

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

Letna naročnina

Letna naročnina za nečlane (naročnike) je 49,20 EUR, za naročnike v tujini 98,40 EUR, posamezna številka za nečlane stane 4,10 EUR. 8,5-odstotni davek na dodano vrednost je vračunan v ceni. Poštnina je plačana pri pošti 1102 Ljubljana.

ISIS

Sporočilo bralcem

Literatura je na voljo pri avtorjih.

Sodelovali

Prof. dr. Peter Borisov, dr. med.,

Ljubljana • **Vesna Džubur**, dr.

dent. med., Ljubljana • **Doc. dr.**

Samo K. Fokter, dr. med., SB

Celje • **Asist. Peter Golob**, dr. med.,

univ. dipl. prav., SB Izola • **Izr.**

prof. dr. Anton Grad, dr. med., SB

Izola • **Prof. dr. Marijan Jurca**, dr.

med., Ljubljana • **Prof. dr. Boris**

Klun, dr. med., Ljubljana • **Akad.**

prof. dr. Marjan Kordaš, dr.

med., Ljubljana • **Prim. izr.**

prof. Pavle Kornhauser, dr.

med., Ljubljana • **Izr. prof. dr.**

Mitja Košnik, dr. med., višji

svetnik, Zdravniška zbornica

Slovenije • **Doc. dr. Pavle Košorok**,

dr. med., Iatros, d.o.o. • **Prim.**

Majda Kurinčič Tomšič, dr.

med., Radomlje • **Mag. Barbara**

Lovrečič, dr. med., Inštitut za

varovanje zdravja RS • **Asist.**

mag. Mercedes Lovrečič, dr.

med., Inštitut za varovanje zdravja

RS • **Mag. Irena Manfredo**, dr.

med., Medicina prometa, dela

in športa, d.o.o. • **Mag. Nina**

Mazi, dr. med., Ljubljana • **Prim.**

doc. dr. Ciril Oblak, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana, SPS Kirurška klinika,

KO za urologijo • **Asist. Dejan**

Ognjenovik, dr. med., SB dr. Jožeta

Potrča Ptuj • **Prof. dr. Janez Preželj**,

dr. med., višji svetnik, Univerzitetni

klinični center Ljubljana, KO

za endokrinologijo, diabetes in

presnovne bolezni, diabetološki

oddelek • **Andrej Rant**, dr. dent.

med., Ljubljana • **Dr. Tihomir**

Ratkajec, dr. med., Medicina

dela Rogaška, d.o.o. • **Prim.**

mag. Miran Rems, dr. med., SB

Jesenice • **Mag. Nada Rotovnik**

Kozjek, dr. med., Onkološki inštitut

Ljubljana • **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr.

med., Medicinska fakulteta Univerze

v Ljubljani • **Doc. dr. Dalja Sever**

Jurca, dr. med., Ljubljana • **Darija**

Strah, dr. med., Diagnostični center

Strah, Domžale • **Mag. Alenka**

Škerjanc, dr. med., ZZZS • **Prim.**

mag. Iztok Tomazin, dr. med.,

Osnovno zdravstvo Gorenjske, ZD

Tržič • **Nina Turnšek**, dr. med.,

Bolnišnica Golnik, Univerzitetna

klinika za pljučne bolezni in

alergijo • **Irena Vrečar**, dr. med.,

Univerzitetni klinični center

Ljubljana • **Dr. Marko Vudrag**,

dr. med., Zavod za zdravstveno

varstvo Nova Gorica • **Prof. dr.**

Zvonka Zupanič Slavec, dr. med.,

Medicinska fakulteta Univerze v

Ljubljani, Inštitut za zgodovino

medicines

Nasprotujmo vsem oblikam nasilja v zdravstvu – prijavimo nasilni dogodek!

Nasilje na delovnem mestu se v sodobni družbi pojavlja kot pomemben dejavnik, ki škodi zdravju zaposlenih ter ima vpliv na organiziranost zdravstvenih ustanov in podjetij, predvsem v smislu varovanja oseb in objektov. Primeri, v katerih je zaposleno oseboje eksplicitno ali implicitno zlorabljeno, ogroženo oz. napadeno v okoliščinah, ki se nanašajo na delo, so na žalost vse pogostejši. Nasilje ima lahko obliko fizičnega ali besednega nasilja, vključuje pa tudi grožnje z nasiljem ter oviranje normalnega poteka dela, vključno z ustrahovanjem za lastno varnost delavcev, vodilnih in odjemalcev. Nasilje na delovnem mestu je lahko internega ali eksternega značaja. Eksterno povzročeno nasilje je tisto, ki ga izvedejo uporabniki (bolniki, stranke). Nasilje nad zaposlenimi v zdravstvu je postalo pomemben družbeni dejavnik, ki se ga zavedajo tudi plačniki zdravstvenih storitev. Britanski National Health Service (NHS) je zato sprejel politiko »ničelne tolerance« (angl. zero tolerance) do nasilja s strani bolnikov in uporabnikov proti zdravništvu in medicinskim sestram ter tehnikom.

Izkušnje avstralskih zdravnikov so pokazale, da je 73 odstotkov sodelujočih v raziskavi že imelo izkušnjo z eno od oblik nasilnega in agresivnega vedenja s strani bolnikov, 20 odstotkov izmed njih pa je doživelo fizični napad, ki se je največkrat zgodil po obveznostih, ki so jih opravili v večjih zdravstvenih centrih ali bolnišnicah. Agresivni bolniki so bili večinoma odvisni od alkohola, mamil oz. so imeli duševno bolezen.

Tudi v kanadski raziskavi so zdravniki kot razloge za nasilje s strani bolnikov navedli odvisnost od alkohola in prepovedanih drog, duševne bolezni, socialno-ekonomsko prikrajšanost in težjo dostopnost do zdravstvenih storitev. V tej raziskavi zdravniki niso bili naivni glede prepričanja, ali jih nasilje lahko ogroža na delovnem mestu. Na nasilje niso bili imuni in so se ga zavedali. Naivni pa so bili v smislu neorganiziranosti in nekoordiniranih odzivov, kar so potrdili tudi v drugih raziskavah. Prav tako je bilo pri zdravnikih opaziti pomanjkanje večšin, kako ravnati v morebitnih nasilnih okoliščinah.

Ustreznejša od individualne oblike omejevanje nasilja je gotovo sistemska oblika, ki jo sprejme zdravniška ali zdravstvena organizacija. Najprej je seveda potrebno beleženje nasilnih dogodkov in poročanje o njih. Že prej omenjeni britanski NHS vsak mesec zabeleži povprečno sedem nasilnih dogodkov na tisoč zaposlenih, pri čemer ima vsak sedmi nasilni dogodek obliko fizičnega obračunavanja z zdravstvenim delavcem s strani bolnika ali svojcev. Veliko napadov doživijo tudi medicinske sestre in osebe, ki je zaposleno na urgenci.

V Sloveniji imamo glede prijave nasilja na voljo dve možnosti. Prva je **anonimna prijava, ki je mogoča na brezplačno telefonsko številko policije 080-1200**. Ta je namenjena vsem, ki želijo prijaviti kar koli v zvezi s kaznivim dejanjem, morebitnimi storilci kaznivega dejanja ali informacijami. Vsi klici na omenjeno številko se sprejemajo v Ljubljani za vso Slovenijo. Na podlagi vsebine pogovora policija pogovor ustrezno zapiše v obliki uradnega zaznamka in ga pošlje krajevno pristojni kriminalistični policiji v nadaljnjo obravnavo. Ta ga v večini primerov dobi šele naslednji dan, odvisno od vsebine in tega, kdo je odgovoren (kriminalisti ali policisti na državni, regionalni ali lokalni ravni). V primerih pa, **ko klicatelj želi takojšnje ukrepanje policije, je treba poklicati interventno številko policije 113**. Klic se sprejema na enajstih policijskih upravah po vsej državi. Policisti, ki sprejemajo klic na tej številki, imajo možnost na kraj takoj napotiti ustrezno policijsko patroljo. V večini primerov (odvisno od nujnosti dogodka) je reakcijski čas do 25 minut. **Pomemben je podatek, da je tudi na številki 113 klicatelj anonimen, če tako želi.**

Izsledki raziskave, ki jo je pred časom opravila Zdravniška zbornica Slovenije, nedvoumno kažejo, da tudi slovensko zdravstvo ni zaščiten pred nasilnimi dogodki. Pomembno je, da ogrožena oseba izkušnjo nasilja oz. grožnje obvezno prijavi. V želji, da bi vsemu zdravstvenemu osebju v prihodnje zagotovili večjo varnost pri opravljanju njihovega poklica, je Zdravniška zbornica Slovenije v letu 2010 začela z zbiranjem anonimnih prijav nasilnih dogodkov. Tako zbrani podatki nam bodo v pomoč tudi pri pogajanjih o spremembah organizacije zdravstvene dejavnosti. Predvsem želimo izpostaviti, da zdravniki in zobozdravniki, ostalo medicinsko osebje in tehniki niso le »storilnostno naravnani serviserji«, ampak so zaradi narave svojega dela izpostavljeni tudi bolj ali manj ogrožajočim dogodkom. Na naslednji strani je natisnjen obrazec za anonimno prijavo nasilnega dogodka, ki je nastal v sodelovanju odbora za pravno-etična vprašanja in skupine za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom v stiski, na voljo pa je tudi na zborničnih spletnih straneh: <https://INTRA.zdravniskazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=985>. Če ste že bili ali morda še boste na delovnem mestu izpostavljeni kakršni koli obliki nasilja, izpolnjen obrazec anonimno pošljite na naslov Simona Peklaj, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana.

Anonimna prijava nasilnega dogodka nad zdravnikom oziroma zobozdravnikom

Datum nasilnega dogodka: _____

Ura nasilnega dogodka: _____

Vrsta nasilnega dogodka:

Besedno nasilje

- Kričaje
- Grožnje zdravniku/zobozdravniku
- Grožnje svojcem zdravnika/zobozdravnika
- Nadlegovanje zdravnika/zobozdravnika
- Nadlegovanje svojcev zdravnika/zobozdravnika
- Ustrahovanje zdravnika/zobozdravnika
- Ustrahovanje svojcev zdravnika/zobozdravnika
- Spolno nadlegovanje z obscenim govorjenjem in neprimernimi komentarji

Telesno nasilje

- Udarec
- Opraskanina
- Odrgnina
- Ugriz
- Brca
- Zvin, zlom
- Vbodna rana
- Drugo

Vedenjsko nasilje

- Zasedovanje
- Kazanje različnih žaljivih kretenj

Ukrepanje:

- Prijava upravi zavoda
- Varnostnik
- Policija
- Sodišče
- Nič

Kakšno pomoč potrebujem s strani zbornice (v primeru želje po pomoči pokličite na številko):

- Svetovanje
- Pravna pomoč
- Nič

Kratek opis nasilnega dogodka:

Iz dela zbornice

Skupščina izglasovala zaupnico predsednici Zdravniške zbornice Slovenije

Prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., po glasovanju o razrešitvi na izredni seji skupščine, ki je bila v torek, 29. junija, ostaja predsednica Zdravniške zbornice Slovenije. Od 67 navzočih poslank in poslancev jih je namreč proti razrešitvi glasovalo 39, v prid razrešitvi pa 27. Ena glasovnica je bila neveljavna. Na začetku seje je bilo dodatno opozorjeno na neskladje med statutom zbornice in poslovnikom o delu skupščine, izvršilnega odbora ter njenih organov, zato je bil pri glasovanju o razrešitvi upoštevan statut, ki za sprejemanje odločitev zahteva večino prisotnih poslancev in ne absolutne večine.

Po končanem glasovanju se je predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., zahvalila poslankam in poslancem za zaupnico in dejala, da izid glasovanja potrjuje podporo ekipi in programu, s katerim so zmagali na volitvah. Kot je poudarila, je bila razprava na seji skupščine zelo argumentirana in pestra. »Prestopili smo mero nesoglasij in mogoče tudi nerazumevanj, podali smo si roke in zaupnica to potrjuje,« je dejala in poudarila, da bo sporočila poslank in poslancev skupščine, ki so bila podana na seji, upoštevala. Najbolj tehten argument oziroma nasvet članov skupščine z razprave je po njenih besedah ta, naj se zbornica in sama umakneta z naslovnih medijev. Poslanke in poslanci so namreč izrazili pričakovanje, da Zdravniška zbornica Slovenije glede svojega delovanja, ki ni namenjeno splošni javnosti, temveč zdravništvu, ne bo tako neposredno prisotna v vsakodnevnem poročanju medijev, kar si želi tudi sama.

Predsednik ljubljanskega regijskega odbora za bolnišnično in specialistično zdravstvo dr. Stanko Vidmar, dr. med., pa je po glasovanju dejal, da se s tem delo tega odbora, kar zadeva pobude po razrešitvi predsednice zbornice, končuje.

Ob tem dodajmo, da je eden od poslancev takoj po razglasitvi rezultatov, ki niso bili

skladni z njegovimi pričakovanji in željami, prisotnim medijem hitel razlagati, da je ponovno šlo za »podmizne igrice«, saj naj bi poslanci šele na skupščini izvedeli, da je bila za razrešitev dovolj večina navzočih članov in ne večina vseh poslancev. Ta argument je sila težko sprejeti, saj se od poslank in poslancev, ki so bili neposredno izvoljeni, upravičeno pričakuje, da bodo poznali statut svoje stanovske organizacije, kakor tudi poslovnik organa, katerega člani so in v katerem zastopajo svoje volivce. Pravna služba zbornice je, pri tem pa sta vztrajali tako predsednica zbornice kot tudi predsednica skupščine, zgolj dodatno natančno seznanila poslanke in poslance ter opozorila na neskladje med dvema aktoma. Predlagala je sprejem proceduralnega sklepa glede samega glasovanja, saj je statut višji pravni akt in tako tudi nadrejen poslovniku. Na ta način je bilo zadoščeno zakonitosti, na izid glasovanja (ne glede na to, kakšen bi bil izid) pa ne bi mogla pasti nobena senca dvoma. Argument predlagateljev glasovanja o zaupnici, da nekateri poslanci niso prišli, ker naj bi vnaprej vedeli, da bo zaradi določila v poslovniku težko izglasovati razrešnico predsednici zbornice, je na trhljih nogah. Ne nazadnje je bila relativna večina, ki jo zahteva statut, veliko bolj neugodna za predsednico zbornice, kot pa, če bi bila za razrešitev potrebna absolutna večina.

Zdravniške organizacije ponovno opozorile na slabe pogoje dela zdravnikov

Vodstva zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Fides sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Slovensko zdravniško društvo) so 3. julija na problemski konferenci v Ljubljani govorila o perečih problemih zdravniške stroke. Prisotni so vlado ponovno opozorili na pomanjkanje zdravnikov (teh primanjkuje kar 2.283) in na njihove slabe pogoje dela, na nujno uveljavitev standardov in normativov, ostri pa so bili tudi do izključevanja stroke iz procesov odločanja o zdravstveni zakonodaji in noveli Zakona o sistemu plač v javnem sektorju, kjer je vlada socialni dialog prelomila. Poudarili so, da je prioriteta

zdravniških organizacij kakovostna oskrba bolnikov in tudi zadovoljstvo zdravnikov.

Predlog novega Zakona o zdravstveni dejavnosti je potrebno napisati na novo, saj ga z amandmaji ni mogoče izboljšati, je prvi od sklepov zdravniških organizacij na problemski konferenci. Zdravniške organizacije od vlade tudi zahtevamo, da iz zakonodajnega postopka umakne novelo Zakona o sistemu plač v javnem sektorju, saj ta ni usklajena z zdravniškim sindikatom Fides in ostalimi socialnimi partnerji.

S tretjim sklepom pa zdravniške organizacije zahtevamo, da se podpiše skupni dokument med Ministrstvom za zdravje in zdravniškimi organizacijami, s katerim se s 1. oktobrom 2010 kot normativ na primarni ravni uvede 1.500 glavarinskih količnikov, in se primerno nagradi tiste zdravnike, ki ga zaradi pomanjkanja zdravnikov presegajo.

Hkrati smo vse zdravniške organizacije tudi napovedale, da bomo okrepile svoje aktivnosti za uresničitev sprejetih sklepov.

Predsednica zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je ob tej priložnosti opozorila, da se je Koordinacija zdravniških organizacij vseskozi zavzemala za partnersko sodelovanje z vlado in širšo politiko, žal pa do tega ni prišlo. Vlada je namreč socialni dialog z zdravniškimi organizacijami prelomila in predlog nove zdravstvene zakonodaje, kljub nasprotovanju stroke, poslala v parlamentarni postopek. Pri tem je spomnila na decembrsko srečanje s predsednikom vlade Borutom Pahorjem, na katerem je ta zagotovil, da v parlament ne bo šel noben zakon iz paketa zdravstvene zakonodaje, ki ne bo imel zelene luči zdravniške stroke. Po njenem mnenju je vse skupaj groba oblika pritiska in napada na socialni dialog, kar pa želimo preprečiti. Zato bodo sedaj zdravniške zahteve veliko bolj konkretne, vlada pa bo morala prevzeti tudi odgovornost za posledice svojih odločitev. »Resna vlada bo prisluhnila resnim predlogom, ki ji imamo, in če tega ne bo naredila, diskreditira samo sebe,« je prepričana. Dodala je, da se zdravniška stroka zaveda svoje odgovornosti, upravičeno pa pričakuje vsaj enako odgovornost od vseh, ki organizirajo zdravstveni sistem.

Predsednik zdravniškega sindikata Fides Konrad Kuštrin, dr. med., je dejal, da zdravniške organizacije enotno stojimo v zaščito kolegic in kolegov. »Drugi namen konference pa je povedati bolnikom, da vemo, kakšen mora biti dober zdravstveni sistem, in da smo pripravljeni za to narediti vse.« Izpostavil je tudi pomanjkanje zdravnikov, ki je tako veliko, da bi zaradi tega morala boleti glava vse ministre, premiera in vse tiste v parlamentu, ki se s tem ukvarjajo. Opozoril je še na neveljavitev standardov in normativov ter vztrajanje vlade na nižanju dodatkov za delo zdravnikov v neugodnem delovnem času. »To je nesprejemljivo in na tem zdravniška stroka ne bo popustila,« je zatrdil ter dodal, da veda, da vlada ne ceni poklica, ki ga v državi najbolj primanjkuje.

Predsednik Slovenskega zdravniškega društva prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med., pa je ocenil, da bi vse probleme, ki so se nakopičili v stroki, z večjim poslušom vlade lahko v večji meri premostili. Izpostavil je zlasti pomanjkanje zdravnikov in njihove slabe pogoje dela. Ti so po njegovih besedah glede na šibko organiziranost slovenskega zdravstva, predvsem pa na časovne standarde, zastareli in nesprejemljivi. Opozoril je, da so novi standardi, ki jih je zdravniška stroka pripravila v mandatu ministrice Zofije Mazej Kukovič, ostali v predalu. Hkrati pa je poudaril, da ne gre zgolj za omejevanje količine dela zdravnika, temveč za to, koliko časa minimalno zdravnik potrebuje, da opravi kakovostno zdravstveno storitev.

Sklepe problemske konference in gradiva si lahko ogledate in preberete na naši spletni strani: <http://www.zdravnikazbornica.si/nw/364/1/1681/zdravniske-organizacije-ponovno-opozorile-na-slabe-pogoje-dela-zdravnikov>.

Zdravniške plače

V zadnjem času je v medijih in javnosti pogosto slišati, da so za luknjo v blagajni Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije krive (pre)visoke plače zdravnikov in zobozdravnikov. To je najprikladnejši izgovor, ki si ga marsikdo privoščil in s tem neupravičeno uperi prst v zdravništvo, ki da je krivo za ta primanjkljaj. Pri tem pa se govori zgolj na splošno, brez potrebnih izračunov in konkretnih števil.

Na Zdravniški zbornici Slovenije smo analizirali odhodke Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v lanskem letu in druge razpoložljive podatke ter prišli do ugotovitev, ki so potrdile naša predvidevanja.

Za 5.016 zdravnikov iz ur je bilo v letu 2009 izplačanih 296 mio EUR sredstev za bruto bruto plače (upoštevani so tudi vsi dodatki, vključno dežurstva).

Za 1.111 zobozdravnikov iz ur je bilo v letu 2009 izplačanih 46 mio EUR sredstev za bruto bruto plače (upoštevani so tudi vsi dodatki, vključno dežurstva).

Za 6.127 zdravnikov in zobozdravnikov iz ur je bilo tako v letu 2009 izplačanih 342 mio EUR sredstev za bruto bruto plače (upoštevani so tudi vsi dodatki, vključno dežurstva). Ta znesek predstavlja 32,93-odstotni delež znotraj celotne mase za plače v zdravstvu. Za zdravniške plače gre torej iz sredstev, ki jih zdravstvena zavarovalnica nameni za plače v zdravstvu, zgolj slaba tretjina vseh sredstev.

Enota zdravniki oziroma zobozdravniki iz ur poenostavljeno predstavlja podatek, ki pove, kolikšno število zdravnikov in zobozdravnikov bi moral ZZS plačati, če bi ti delali zgolj polni delovni čas. Oziroma povedano drugače, vse ure zdravnikov oziroma zobozdravnikov, ki jih plača ZZS (redno delo + dežurstvo), se delijo z letnim fondom ur za enega zdravnika oziroma zobozdravnika.

Kot je razvidno iz registra Zdravniške zbornice Slovenije, zdravniško službo v javni zdravstveni mreži opravlja 4.969 zdravnikov in 1.158 zobozdravnikov, skupaj torej 6.346. Če preprost izračun pokaže, da zdravniki v povprečju delajo več kot 40 ur na teden ter tako opravijo več dela kot večina drugih javnih uslužbencev (merjeno v urah). Posamezni zdravniški poklici, ki sodijo med deficitarne, pa še toliko več (anesteziologi, patologi...). Za njihovo nadomeščanje namreč ni dovolj ustreznega kadra, zato morajo ti tudi pogosteje delati v podaljšanem delovnem času oz. opravljati nadurno delo. Poleg tega pa je delo, ki ga opravijo, vsekakor v interesu bolnikov, ki te storitve (nujno) potrebujejo.

Ocenjujemo tudi, da so bila v letu 2009 iz sredstev obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja zbrana sredstva v višini 2,6 mrd EUR. Zdravniške in

zobozdravniške plače pa predstavljajo **zgolj 13,13 odstotka tega zneska**. Za kaj se torej porabi preostalih 87 odstotkov sredstev? Za različne namene. Med drugim zdravstvena zavarovalnica odšteje tudi 4 mio EUR za bolniška nadomestila za nezaposlene osebe... Na podlagi gornjih izračunov se tako upravičeno postavlja vprašanja, ali bodo zdravniške in zobozdravniške plače resnično zrušile slovenski zdravstveni sistem, kar vseskozi poslušamo.

Pismo Koordinacije zdravniških organizacij Državnemu zboru RS v zvezi z obravnavo Zakona o zdravstveni dejavnosti

»Predstavniki zdravniških organizacij opozarjamo, da ob predložitvi predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej-1) niso bila upoštevana določila iz Resolucije o normativni dejavnosti. Ta med drugim zahteva, da se ob predlogu zakona pripravijo tudi osnutki podzakonskih predpisov, ki skupaj predstavljajo celoto urejanja družbenega razmerja,« so v pismu predsedniku Državnega zbora RS, predsedniku odbora za zdravstvo in vodjem poslanskih skupin zapisali predsedniki vseh treh zdravniških organizacij (Zdravniška zbornica Slovenije, Fides sindikat zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo).

Kot so poudarili v pismu, predlog ZZDej-1 zahteva pripravo približno 60 podzakonskih aktov, med njimi tudi akte o oblikovanju javne zdravstvene mreže. Izkušnje zadnjih 19 let kažejo, da je oblikovanje teh podzakonskih aktov izjemno zahtevno, saj je oblikovanje javne zdravstvene mreže zahteval že dosedanji ZZDej, pa je nobenemu ministru tudi v 19 letih ni uspelo pripraviti niti do verodostojnega osnutka. Ker uzakonjeni sistem javne zdravstvene dejavnosti temelji na mreži javne zdravstvene dejavnosti, ki pa ni izdelana, je logično, da se zakon izvaja pomanjkljivo in celo že zdaj prisotne rešitve ne pridejo do izraza. Tudi predlog ZZDej-1 ima bolj funkcijo programske norme kot zakona, saj podzakonskim aktom prepušča enakomerno količino normativne materije, ne da bi

predlagatelj kakorkoli predstavil, ali, v kolikšnem času in s kakšnimi kadrovskimi zahtevami je zahtevane podzakonske akte sposoben pripraviti ter ali je za te podzakonske akte v zakonu sploh dovolj napotil.

»Zato zdravniške organizacije pričakujemo, da bo predlagatelj pred obravnavo ZZDej-1 v Državnem zboru RS predstavil osnutke vseh podzakonskih aktov, ki jih predlog ZZDej-1 zahteva, in da do takrat predlog ZZDej-1 ne bo šel v nadaljnjo državnozbornsko proceduro,« so zapisali predsedniki zdravniških organizacij in izrazili upanje, da bodo naslovniki navedene argumente upoštevali že zato, da se ohrani minimum kulture političnega odločanja, h kateri se je Državni zbor RS zavezal z Resolucijo o normativni dejavnosti.

Podaljšanje zdravniške licence

Članice in člani Zdravniške zbornice Slovenije, predvsem tiste, ki boste svojo zdravniško licenco podaljševali prvič, želimo spomniti, da morajo biti v skladu s Pravilnikom o zdravniških licencah (Ur. l. RS, št. 109/1999, 107/2000, 45/2002, 44/2004, 136/2006, 25/2010) za podaljšanje licence izpolnjeni naslednji pogoji:

- Strokovna usposobljenost zdravnika se za sedemletno licenčno obdobje ugotavlja s kreditnimi točkami, ki jih pridobi zdravnik s stalnim podiplomskim izpopolnjevanjem v tem obdobju. **Če zdravnik ne pridobi potrebnega števila kreditnih točk za podaljšanje**

licence, mora opraviti preizkus strokovne usposobljenosti.

- Za podaljšanje licence mora zdravnik v preteklem sedemletnem licenčnem obdobju zbrati najmanj 75 kreditnih točk v skladu z določili tega pravilnika. **V kolikor v tem obdobju ne opravlja zdravniške prakse v polni delovni obveznosti, mu zbornica za podaljšanje licence lahko predpiše posebne pogoje v obliki dodatnega strokovnega izpopolnjevanja.**
- Stanje kreditnih točk lahko neposredno preverite na intranetnem portalu Zdravniške zbornice Slovenije. Za vstop v intranetni portal pa potrebujete uporabniško ime in geslo (glej obvestilo na str. 23).

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja pozval nadzorno komisijo k dopolnitvi mnenja v primeru SB Celje

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja pri Zdravniški zbornici Slovenije se je seznanil z ugotovitvami izrednega ekspertnega nadzora z mnenjem v primeru zdravniške obravnave 35-letnega pacienta, ki je po operaciji marca letos umrl v Splošni bolnišnici Celje. Člani odbora so nadzorno komisijo pozvali, da dopolni svoje mnenje glede na nekatere pripombe in odprta vprašanja, ki so bila izpostavljena

na odboru, ter poda zaključno mnenje o ustreznosti obravnave pacienta.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja je temeljito preučil ugotovitve in mnenje obeh nadzornih zdravnikov, ki sta opravila izredni ekspertni nadzor z mnenjem. Zaradi razjasnitve zdravljenja pacienta v omejenem primeru, so člani odbora na ugotovljenem zapisniku podali nekatere pripombe, ki naj jih nadzorna komisija upošteva pri dopolnitvi svojega mnenja. Odbor od obeh nadzornih zdravnikov pričakuje, da bosta podala tudi mnenje o skladnosti zdravljenja z dobro klinično prakso oziroma doktrino.

Odbor za strokovno-medicinska vprašanja je aprila letos sprejel sklep o izvedbi izrednega ekspertnega nadzora z mnenjem v Splošni bolnišnici Celje ter imenoval nadzorno komisijo dveh zdravnikov, ki je nato tudi opravila nadzor. Po opravljenem strokovnem nadzoru sta nadzorna zdravnika sestavila ugotovljeni zapisnik, ki je bil posredovan Splošni bolnišnici Celje. V skladu s Pravilnikom o strokovnem nadzoru s svetovanjem ima namreč nadzorovani zdravnik pravico, da v roku 15 dni od prejema ugotovitvenega zapisnika nanj vložijo pripombe, vendar pa odbor za strokovno-medicinska vprašanja teh ni prejel.

Na osnovi dopoljenega mnenja, ki ga je odbor za strokovno-medicinska vprašanja zahteval od nadzorne komisije, bo nato ocenil delo zdravnikov. V skladu z akti Zdravniške zbornice Slovenije pa lahko predlaga tudi izrek ukrepov.

Domus Medica

Skupščinski svet in izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije sta se na svoji zadnji seji seznanila s potekom del pri projektu Domus Medica ter izrazila zadovoljstvo, da ta prehajajo v sklepno fazo. Objekt je že dobil končno zunanjo podobo, sedaj se počasi končuje urejanje notranjosti. Izvedba projekta poteka v skladu z načrti, postavljenimi roki in pod stalnim strokovnim nadzorom. Pomembno je, da k pogodbi z izvajalcem ni bil in ne bo sklenjen noben aneks, kar pomeni, da se cena, ki je bila z zdravniškimi organizacijami dogovorjena na začetku, ni in tudi ne bo zvišala, kar je v gradbeništvu redkost.

Kar 58 odstotkov celotne površine Domus Medica, v katerega se bomo skupaj vselili Slovensko zdravniško društvo, Fides, Zdravniška zbornica Slovenije ter Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, je namenjeno Medicinskemu

izobraževalnem centru. Tudi zato je osrednja slovenska zdravniška hiša naložba v prihodnost, ki si jo slovensko zdravništvo zasluži. To je naložba za sedanje in prihodnje generacije slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov, ki bo tudi navzven predstavljala enotnost, vizijo in poslanstvo slovenskega zdravništva.

Zahvaliti se želimo vsem članicam in članom, ki so v ta namen donirali sredstva. Iskrena hvala! Zahvala pa gre tudi vsem tistim, ki boste sredstva za naš skupni projekt še donirali ter tako dali svoj prispevek k uspešnemu dokončanju tega velikega in za zdravništvo pomembnega projekta.

Donacije še naprej hvaležno zbiramo na posebnem računu Zdravniške zbornice Slovenije, št.: SI56 9067 2000 0581 576 (namen plačila: donacija DM, referenca: 00, pod številko sklica pa vpišite rojstni datum donatorja (DDMMLLLL)).

Popravek

V rubriki Personalia v prejšnji številki Izide smo po spletu nesrečnih okoliščin pod naslovom Zapustili so nas navedli tudi ime Živojin Stevanović, dr. med., specialist interne medicine iz Izole. Podatek, ki so nam ga posredovali in na osnovi katerega je bil spremenjen njegov status v registru zdravnikov, od koder vzamemo podatke za objavo, je bil napačen, kar je razlog za omenjeno napako.

Prizadetemu zdravniku in bralcem se iskreno opravičujemo.

Uredništvo

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Dr. **Nuška Zorko**, dr. med.

Naslov: »Vpliv hidracije in telesnega položaja na hemodinamske spremembe po subarahnoidni anesteziji«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Mirt Kamenik

Somentor: prof. dr. Vito Starc

Zagovor: 4. 2. 2010

Dr. **Jože Pižem**, dr. med.

Naslov: »Napovedni pomen označevalcev ključnih signalnih poti in apoptoze v meduloblastomih«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Mara Popović

Somentor: prof. dr. Andrej Čör

Zagovor: 9. 2. 2010

Asist. dr. **Davorina Petek**, dr. med.

Naslov: »Model za ocenjevanje kakovosti izvajanja primarne preventive srčno-žilnih bolezni v družinski medicini«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Janko Kersnik

Zagovor: 18. 2. 2010

Dr. **Draženka Pongrac Barlovič**, dr. med.

Naslov: »Insulinska rezistenca in ledvična funkcija pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2: vloga adiponektina«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Janez Preželj

Zagovor: 4. 2. 2010

Dr. **Jan Kobal**, dr. med.

Naslov: »Zgodnja avtonomna disfunkcija pri Huntingtonovi bolezni (HB)«

Področje: medicinske vede

Mentor: doc. dr. Marjan Zaletel

Somentor: prof. dr. Martin Štruel

Zagovor: 9. 2. 2010

Dr. **Daša Stupica**, dr. med. (roj. Cerar)

Naslov: »Primerjava doksiciklina in cefuroksima za zdravljenje odraslih bolnikov z erythema migrans: klinični in mikrobiološki potek«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Franc Strle

Zagovor: 19. 2. 2010

Asist. dr. **Andrej Razpotnik**, univ. dipl. mikrobiol.

Naslov: »Toksini in biološko aktivni polipeptidi morske vetrnice *Urticina crassicornis*«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Tom Turk

Zagovor: 5. 2. 2010

Dr. **Metka Moharič**, dr. med.

Naslov: »Prepoznavanje boleče diabetične polinevropatije in blaženje bolečin s farmakološkimi in fizikalnimi sredstvi«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Helena Burger

Somentor: doc. dr. Zoran Rodi

Zagovor: 12. 2. 2010

Dr. **Luka Ležaič**, dr. med.

Naslov: »Ponovljivost in primerljivost vrednotenja dinamične scintigrafije ledvic pri otrocih«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Metka Milčinski

Zagovor: 26. 2. 2010

Dr. **Mateja Kaja Ježovnik**, dr. med.

Naslov: »Povezava venske tromboze z endotelijsko disfunkcijo in vnetjem«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Pavel Poredoš

Zagovor: 5. 2. 2010

Dr. **Martina Perše**, dr. vet. med.

Naslov: »Vpliv telesne dejavnosti in hrane z visoko vsebnostjo mešanih maščob na razvoj kemično povzročениh tumorjev črevesa pri Wistar podgani«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Anton Cerar

Zagovor: 16. 2. 2010

Asist. dr. **Karin Serneck**, dr. med.

Naslov: »Razlike v stopnji anksioznosti, depresivnosti in agresivnosti pri osebah z anoreksijo in bulimijo nervozo«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Bojan Zalar

Somentor: prof. dr. Martina Tomori

Zagovor: 26. 2. 2010

Dr. **Jernej Vidmar**, dr. med.

Naslov: »Vloga magnetnoresonančnega slikanja pri analizi in napovedi trombolize s trombolitičnimi zdravili«

Področje: medicinske vede
Mentor: doc. dr. Igor Serša
Somentor: prof. dr. Aleš Blinc
Zagovor: 8. 3. 2010

Dr. **Ecijo Sever**, dr. dent. med.

Naslov: »Ocena uspešnosti zdravljenja enostranskega funkcionalnega križnega griza v mlečnem zobovju s pomočjo gnatološke in elektrognatografske analize«

Področje: stomatološke vede
Mentor: doc. dr. Maja Ovsenik
Somentor: prof. dr. Ljubo Marion
Zagovor: 10. 3. 2010

Dr. **Marko Vavpotič**, dr. dent. med.

Naslov: »Zobna pulpa kot eden od parametrov določanja časa smrti pri človeku«

Področje: stomatološke vede
Mentor: prof. dr. Jože Balazžic
Somentor: prof. dr. Draga Štiblar Martinčič
Zagovor: 15. 3. 2010

Asist. dr. **Aleš Koren**, dr. med.

Naslov: »Pomen računalniške tomografije za opredelitev stopnje zožitve žrela pri bolnikih s sindromom obstruktivnih zastojev dihanja v spanju«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Vladimir Jevtič
Zagovor: 24. 3. 2010

Dr. **Ajda Biček**, univ. dipl. mikrobiol.

Naslov: »Vpliv genskih polimorfizmov na nastanek avtoimune bolezni ščitnice pri slovenskih bolnikih«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Sergej Hojker
Zagovor: 25. 3. 2010

Dr. **Nina Mohorko**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Vezava FDDNP in kurkumina na agregate PrP^{Sc} hiperfosforiliranega proteina tau pri izbranih nevrodegenerativnih boleznih«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Mara Bresjanac
Zagovor: 29. 3. 2010

Dr. **Minca Mramor**, dr. med.

Naslov: »Gradnja napovednih modelov in odkrivanje znanja in podatkov DNA mikromrež«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Blaž Zupan
Zagovor: 30. 3. 2010

Dr. **Urška Kamenšek**, univ. dipl. biol.

Naslov: »Razvoj plazmidov z inducibilnim promotorjem p21 za kombinirano radio-gensko terapijo na mišjem tumorskem modelu«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Gregor Serša
Zagovor: 2. 4. 2010

Dr. **Anja Colja Venturini**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Priprava in opredelitev antiidiotipskih monoklonskih protiteles proti paratopu, specifičnemu za patološko izoobliko prionskega proteina«

Področje: biokemija in molekularna biologija
Mentor: prof. dr. Vladka Čurin Šerbec
Zagovor: 6. 4. 2010

Dr. **Krešimir Božikov**, dr. med.

Naslov: »Pogostnost, dejavniki tveganja in UZ značilnosti maščobnih nekroz v dojkah po rekonstrukciji s prostimi DIEAP reznji«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Zoran M. Arnež
Zagovor: 9. 4. 2010

Dr. **Alenka Franko**, dr. med.

Naslov: »Vpliv polimorfizmov metabolnih genov na tveganje za razvoj azbestoze«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Vita Dolžan
Zagovor: 13. 4. 2010

Dr. **Zala Jevnikar**, univ. dipl. mikrobiol.

Naslov: »Vpliv katepsina X na migracijo in morfologijo limfocitov T prek regulacije integrinov«

Področje: biokemija in molekularna biologija
Mentor: prof. dr. Janko Kos
Zagovor: 23. 4. 2010

Dr. **Matej Kastelic**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Farmakogenetika antipsihotičnega zdravljenja shizofrenije«

Področje: biokemija in molekularna biologija
Mentor: prof. dr. Vita Dolžan
Somentor: prof. dr. Blanka Kores Plešničar
Zagovor: 3. 5. 2010

Dr. **Mojca Frank**, dr. med.

Naslov: »Klinični pomen posredovanih interakcij med fosfolipidnimi membranami in vezikulacije fosfolipidnih membran«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Blaž Rozman
Somentor: prof. dr. Veronika Kralj Igljič
Zagovor: 3. 5. 2010

Dr. **Jernej Jorgačevski**, univ. dipl. kem.

Naslov: »Lastnosti fuzijske pore podgajnih laktotrofov v kulturi«

Področje: medicinske vede
Mentor: prof. dr. Robert Zorec
Somentor: znans. sod. dr. Maja Potokar
Zagovor: 4. 5. 2010

Dr. **Vita Štukovnik**, univ. dipl. psih.

Naslov: »Nevropsihološke in elektrofiziološke značilnosti kognitivnih sprememb pri bolnikih z amiotrofično lateralno sklerozo«

Področje: medicinske vede
Mentor: doc. dr. Simon Podnar
Somentor: doc. dr. Grega Repovš
Zagovor: 4. 5. 2010

Dr. **Polona Brcar**, dr. med.

Naslov: »Preverjanje veljavnosti vprašalnika za oceno spolnega vedenja osnovnošolcev«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Mojca Zvezdana Drnovšek

Zagovor: 6. 5. 2010

Dr. **Stojan Kariž**, dr. med.

Naslov: »Genski polimorfizmi vnetnih posrednikov kot genetski dejavniki tveganja za srčni infarkt pri bolnikih s sladkorno boleznijo«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Danijel Petrovič

Zagovor: 6. 5. 2010

Dr. **Anja Pucer**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Delovanje arzenovega trioksida na človeške glioblastomske celice ter vloga cisteinskih katepsinov«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Tamara Lah Turnšek

Zagovor: 7. 5. 2010

Dr. **Petra Brožič**, mag. farm.

Naslov: »Priprava rekombinantnih človeških hidroksisteroid-dehidrogenaz in študije njihovih inhibitorjev«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Tea Lanišnik Rižner

Somentor: prof. dr. Stanislav Gobec

Zagovor: 7. 5. 2010

Dr. **Jernej Zidar**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Molekularno modeliranje agregacije bioloških makromolekul«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: doc. dr. Franci Mrzel

Somentor: prof. dr. Peter Bukovec

Zagovor: 11. 5. 2010

Dr. **Jerneja Tasič**, dr. med.

Naslov: »Variabilnost srčne frekvenca in variabilnost vala T kot napovedna dejavnika nenadne srčne smrti pri bolnikih z dilatativno kardiomiopatijo«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Igor Zupan

Zagovor: 18. 5. 2010

Dr. **Lilijana Kornhauser Cerar**, dr. med.

Naslov: »Vpliv položaja telesa na nasičenost krvi s kisikom in motnje dihanja med spanjem pri zdravih, donošenih novorojenčkih«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. David Neubauer

Somentor: prof. dr. Thomas Bernard

Kinane

Zagovor: 31. 5. 2010

Dr. **Jernej Gašperšič**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Raziskave pretvorbe *in vitro* pri-
onskega proteina s pomočjo fluorescenčnih
oznak in molekulskega kopičenja«

Področje: biokemija in molekularna
biologija

Mentor: prof. dr. Roman Jerala

Zagovor: 4. 6. 2010

Dr. **Marjetka Kralj Kunčič**, univ. dipl. mikrobiol.

Naslov: »Prilagoditve gliv iz rodu *Wallemia spp.* na rast v ekstremno slanem in ekstremno sladkem okolju na ravni celične stene in produkcije aktivnih metabolitov«

Področje: mikrobiologija

Mentor: prof. dr. Damjana Drobne

Somentor: prof. dr. Nina Gunde Cimerman

Zagovor: 7. 6. 2010

Dr. **Alojz M. Šmid**, dr. med.

Naslov: »Označevanje odlag konformacijsko spremenjenih beljakovin v možganih obolenih za nevrodegenerativnimi boleznimi«

Področje: medicinske vede

Mentor: prof. dr. Mara Bresjanac

Somentor: prof. dr. Jorge R. Barrio

Zagovor: 8. 6. 2010

Dr. **Janez Valant**, univ. dipl. biokem.

Naslov: »Interakcije med nanodelci in modelnim sistemom celica- tkivo-organ pri nevretenčarjih«

Področje: biokemija in molekularna biologija

Mentor: prof. dr. Damjana Drobne

Zagovor: 11. 6. 2010

Doseženi doktorski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru

Dr. **Nevenka Krčevski Škvarč**, dr. med.

Naslov: »Vpliv pregabalina na akutno
zostro nevralgijo«

Mentor: izr. prof. dr. Mirt Kamenik, dr. med.

Somentor: prof. dr. Jože Drinovec, dr. med.

Področje: medicinske vede

Zagovor: 20. 5. 2010

Dr. **Matjaž Sajovic**, dr. med.

Naslov: »Primerjava rezultatov rekonstrukcije sprednje križne vezi s

presadkom iz kit mišic fleksorjev in presadkov iz dela kite pogačice«

Mentor: izr. prof. dr. Radko Komadina, dr. med.

Področje: medicinske vede

Zagovor: 21. 5. 2010

Dr. **Matej Strnad**, dr. med.

Naslov: »Vpliv eritropoetina na preživetje in nevrološki izhod po oživiljanju«

Mentor: izr. prof. dr. Štefek Grmec, dr. med.

Področje: medicinske vede

Zagovor: 16. 6. 2010



Dr. **Zalika Ketiš Klemenc**, dr. med.

Naslov: »Obsmrtna izkušnja med preživeliimi žrtvami srčnega zastoja na terenu«

Mentor: izr. prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.

Somentor: izr. prof. dr. Štefek Grmec, dr. med.

Področje: medicinske vede

Zagovor: 16. 6. 2010



dr. **Vojko Berce**, dr. med.

Naslov: »Identifikacija nekaterih kandidatnih genov za astmo ter povezava teh genov s fenotipom astme in odgovorom na terapijo pri otrocih z astmo«

Mentor: izr. prof. dr. Uroš Potočnik, univ. dipl. kem.

Somentor: doc. dr. Tadej Avčin, dr. med.

Področje: medicinske vede

Zagovor: 18. 6. 2010



Čestitamo!

Doseženi magistrski naslovi na Medicinski fakulteti Univerze v Ljubljani

Mag. **Aleš Rozman**, dr. med.

Naslov: »Angiogenini v pljučih bolnikov s pljučnim rakom«

Mentor: prof. dr. Mitja Košnik

Področje: medicinske vede

Zagovor: 27. 1. 2010



Mag. **Manfred Mervic**, dr. med.

Naslov: »Pomen C-reaktivnega proteina, hematokrita in prokalcitonina pri napovedovanju nekroze pankreasa pri akutnem pankreatitisu«

Mentor: prof. dr. Borut Štabuc

Področje: medicinske vede

Zagovor: 30. 3. 2010



Mag. **Vlasta Malnarič**, dr. med.

Naslov: »Primerjava nekaterih hemodinamskih parametrov med osebami z družinsko obremenjenostjo za arterijsko hipertenzijo in brez nje«

Mentor: prof. dr. Rok Accetto

Področje: medicinske vede

Zagovor: 7. 4. 2010



Mag. **Jana Rejc Marko**, dr. med.

Naslov: »Dejavniki tveganja za okužbo sečil, povzročeno z bakterijami *Escherichia coli* in *Klebsiella species*, ki izločajo β-laktamaze z razširjenim spektrom delovanja«

Mentor: prof. dr. Franc Strle

Področje: medicinske vede

Zagovor: 8. 4. 2010



Mag. **Ivana Tavčar**, mag. farm.

Naslov: »Vpliv poroda in epiziotomije na pojavnost urinske in blatne inkontinence pri ženskah«

Mentor: prof. dr. Božo Kralj

Področje: medicinske vede

Zagovor: 13. 4. 2010



Mag. **Gorazd Rudolf**, dr. med.

Naslov: »Genetska epidemiologija mutacij v genih GJB2 in GJB6 v populaciji prirojene senzorinevralne gluhosti v Sloveniji«

Mentor: prof. dr. Borut Peterlin

Področje: medicinske vede (otorinolarinologija)

Zagovor: 31. 5. 2010



Mag. **Alenka Simonič**, dr. med.

Naslov: »Uporabnost ocenjevalne lestvice MEES v oceni prizadetosti bolnikov z akutno prsno bolečino«

Mentor: prof. dr. Janko Kersnik

Področje: medicinske vede

Zagovor: 30. 6. 2010



Mag. **Eva Cedilnik Gorup**, dr. med.

Naslov: »Z zdravjem povezana kakovost življenja pri starostnikih v domu upokojencev«

Mentor: doc. dr. Marija Petek Šter

Področje: medicinske vede

Zagovor: 1. 7. 2010



Čestitamo!

Opravljene specialistični izpiti

Urška Bačovnik Janša, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 15. 6. 2010

Mateja Bizjak Osredkar, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Sabina Frljak, dr. med., specialistika interne medicine, izpit opravila s pohvalo 16. 6. 2010

Sabina Fujs Kuhar, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

asist. dr. **Nebojša Glumac**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 21. 6. 2010

Andreja Gojkovič Horvat, dr. med., specialistika onkologije z radioterapijo, izpit opravila 23. 6. 2010

Ladislav Golouh, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 15. 6. 2010

asist. dr. **Mojca Grošelj Grenc**, dr. med., specialistika pediatrije, izpit opravila s pohvalo 16. 6. 2010

Gregor Haring, dr. med., specialist sodne medicine, izpit opravil 18. 6. 2010

Andreja Janež Ivanc, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Alina Jelatancev, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila s pohvalo 15. 6. 2010

Aleksandra Jutreša Prah, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Martin Kenda, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 15. 6. 2010

Anita Lavrenčič, dr. med., specialistika psihiatrije, izpit opravila 18. 6. 2010

Alenka Medvešček, dr. med., specialistika transfuzijske medicine, izpit opravila 10. 6. 2010

Marjetka Mišič, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Goran Mitrovič, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 15. 6. 2010

Tinka Mohar Hajnšek, dr. med., specialistika anatomske patologije in citopatologije, izpit opravila 23. 6. 2010

Rade Pavlovič, dr. dent. med., specialist čeljustne in zobne ortopedije, izpit opravil s pohvalo 1. 6. 2010

Lidija Peterlin, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Špela Pirtovšek Štupnik, dr. med., specialistika anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 29. 6. 2010

Gabrijela Plut, dr. med., specialistika družinske medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Uroš Prebil, dr. med., specialist interne medicine, izpit opravil s pohvalo 3. 6. 2010

Andreja Stanonik Kafol, dr. med., specialistika dermatovenerologije, izpit opravila 18. 6. 2010

asist. dr. **Gorazd Bernard Stokin**, dr. med., specialist nevrologije, izpit opravil s pohvalo 17. 6. 2010

Metka Šavli, dr. med., specialistika radiologije, izpit opravila s pohvalo 16. 6. 2010

Lea Šolman Košutić, dr. med., specialistika pediatrije, izpit opravila 23. 6. 2010

Maja Tomazin, dr. med., specialistika pediatrije, izpit opravila 17. 6. 2010

Ivan Zekovič, dr. med., specialist otorinolaringologije, izpit opravil 10. 6. 2010

Darja Zupanc, dr. med., specialistika družinska medicine, izpit opravila 15. 6. 2010

Čestitamo!

Izvolitve v učiteljske naslove na Medicinski fakulteti v Ljubljani

Na seji senata MF UL dne 20. 4. 2010 je bil izvoljen v naziv:

- izr. prof. dr. **Mišo Šabovič**, dr. med. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje interna medicina

Na seji senata MF UL dne 18. 5. 2010 so bili izvoljeni v naziv:

- izr. prof. dr. **Marjan Bilban**, dr. med. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje medicina dela

- izr. prof. dr. **Milan Petelin**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv rednega profesorja za področje ustne bolezni in parodontologija

- izr. prof. dr. **Draga Štiblar Martinčič**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje histologija in embriologija

Na seji senata MF UL dne 15. 3. 2010 so bili izvoljeni v naziv

- izr. prof. dr. **Aleksandra Markovič Predan**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje interna medicina
- doc. dr. **Marko Goličnik**, univ. dipl. kem. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje biokemija in molekularna biologija
- doc. dr. **Vesna Jurčić**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docentke za področje patologija
- doc. dr. **Igor Kocijančič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje onkologija in radioterapija
- dr. **Borut Kovačič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje biologija celice
- doc. dr. **Hotimir Lešničar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje onkologija in radioterapija
- doc. dr. **Branko Zorn**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje ginekologija in porodništvo
- asist. dr. **Janja Ocvirk**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje onkologija in radioterapija
- dr. **Luca Lovrečić**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje humana genetika
- asist. **Franc Božiček**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje družinska medicina
- asist. dr. **Borut Bratanič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje pediatrija
- asist. mag. **Renato Eržen**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina
- asist. dr. **Dimitar Hristovski**, univ. dipl. inž. rač. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje biomedicinska informatika
- asist. **Rade Iljaž**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje družinska medicina
- asist. dr. **Karin Sernec**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje psihiatrija
- asist. mag. **Rajko Vajd**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje družinska medicina
- asist. dr. **Minca Voje**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje anesteziologija in reanimatologija
- asist. **Peter Zorman**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- **Petra Brožič**, mag. farm. – izvolitev v naziv asistentke za področje biokemija in molekularna biologija
- **Tina Kamhi Kiauta**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija
- **Nina Kmet Lunaček**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje infekcijske bolezni in epidemiologija
- dr. **Gregor Tratar**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje interna medicina

Na seji senata MF UL dne 19. 4. 2010 so bili izvoljeni v naziv

- izr. prof. dr. **Radko Komadina**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija
- doc. dr. **Mojca Zvezdana Dernovšek**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje psihiatrija
- doc. dr. **Rok Vengust**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje ortopedija
- doc. dr. **Margareta Strojjan Fležar**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje patologija
- doc. dr. **Nataša Ihan Hren**, dr. med. – izvolitev v naziv izredne profesorice za področje maksilofacialna in oralna kirurgija
- dr. **Matej Cimerman**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija
- doc. dr. **Aljoša Bavec**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje biokemija in molekularna biologija
- doc. dr. **Gorazd Bunc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje kirurgija
- asist. dr. **Rina Rus**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje pediatrija
- dr. **Borut Škodlar**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje psihiatrija
- asist. dr. **Antonija Poplas Susič**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje družinska medicina
- asist. dr. **Ksenija Rener Sitar**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv docentke za področje stomatološka protetika
- asist. dr. **Maja Jekovec Vrhovšek**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje pediatrija
- asist. **Igor Križnar**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje zobne bolezni in normalna morfologija zobnega organa
- asist. mag. **Lucija Perharič**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje javno zdravje
- asist. **Nataša Puzić**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- asist. mag. **Lucija Šarc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje interna medicina
- **Mojca Rožič**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje infekcijske bolezni in epidemiologija
- **Peter Poredoš**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje anesteziologija z reanimatologijo
- mag. **Bojanka Štern**, dr. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje javno zdravje
- **Ciril Triller**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

Na seji senata MF UL dne 24. 5. 2010 so bili izvoljeni v naziv

- asist. dr. **Maja Šoštarich**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje anesteziologija z reanimatologijo
- asist. dr. **Maja Rus Makovec**, dr. med. – izvolitev v naziv docentke za področje psihiatrija
- dr. **Igor Dolenc**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. mag. **Ibrahim Edhemović**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Mojca Gabrijelčič Blenkuš**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje javno zdravje
- asist. **Marko Jug**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Igor Klavora**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. dr. **Lidija Nemeth**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje zobne bolezni in normalna morfologija zobnega organa
- asist. dr. **Primož Peterlin**, univ. dipl. fiz. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje biofizika
- asist. **Sergej Pirkmajer**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje patološka fiziologija
- asist. **Tomaž Štupnik**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija
- asist. **Vlasta Zimic Pretnar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje medicina dela
- asist. mag. **Helena Barbara Zobec Logar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje onkologija in radioterapija
- **Bojana Krneta**, dr. dent. med. – izvolitev v naziv asistentke za področje čeljustna in zobna ortopedija

Na seji senata MF UL dne 22. 6. 2010 je bila izvoljena v naziv:

- Izr. prof. dr. **Helena Burger**, dr. med. – izvolitev v naziv redne profesorice za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina

Na seji senata MF dne 28. 6. 2010 so bili izvoljeni v naziv

- izr. prof. dr. **Erika Cvetko**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv izredne profesorice za področje anatomija
- izr. prof. dr. **Anton Zupan**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje fizikalna in rehabilitacijska medicina
- doc. dr. **Andrej Pernat**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina
- doc. dr. **Štefek Grmec**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje družinska medicina
- doc. dr. **Marjan Zaletel**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje nevrologija
- doc. dr. **Janez Žgajnar**, dr. med. – izvolitev v naziv izrednega profesorja za področje kirurgija
- asist. dr. **Miha Arnoč**, dr. med. – izvolitev v naziv docenta za področje interna medicina
- asist. mag. **Martina Bürger Lazar**, univ. dipl. psih. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje medicinska psihologija
- asist. **Janet Klara Djomba**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistentke za področje javno zdravje
- asist. dr. **Emil Hudomalj**, univ. dipl. inž. el. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje biomedicinska informatika
- asist. mag. **Andrej Kravos**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje družinska medicina
- asist. **Rok Lokar**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje družinska medicina
- asist. mag. **Janez Podobnik**, dr. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje ortopedija
- asist. dr. **Ecijo Sever**, dr. dent. med. – ponovna izvolitev v naziv asistenta za področje stomatološka protetika
- **Andrej Repež**, dr. med. – izvolitev v naziv asistenta za področje kirurgija

Čestitamo!**Nadgradnja intranetnega portala Zdravniške zbornice Slovenije**

V želji, da vam ponudimo najbolj kakovostne in aktualne informacije ter omogočimo čim bolj kakovostno izvedbo storitev, smo se na Zdravniški zbornici Slovenije v lanskem letu lotili projekta »Splet«, katerega cilj je vzpostavitev sodobnega intranetnega in internetnega portala.

Tako smo vzpostavili tudi povezavo s podatkovnimi bazami zbornice in vam tako preko spletnega portala omogočili dostop do večine informacij, ki jih o članstvu vodimo, kot so npr.: osebni podatki, izobrazba, licence, kreditne točke, zaposlitev, zasebnost, funkcije v zbornici, itn. Nekatere podatke lahko spreminjate tudi sami v rubriki »**Moji podatki**« (na desni strani).

Za vstop v intranetni portal potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ste ga prejeli po pošti. V primeru, da ste ju založili, se obrnite na Milana Kokalja (01 30 72 172), ki vam bo kreiral novo geslo.

Ob vašem prvem vpisu vas prosimo, da se v intranet vpišete neposredno preko internetnega naslova <https://INTRA.zdrav-niskazbornica.si/prvic>, kasneje pa lahko do intranetnega portala dostopate s spletnega mesta Zdravniške zbornice Slovenije: <http://www.zdravnikazbornica.si>. Ob prvem vpisu vas prosimo, da geslo, ki ste ga prejeli, spremenite in si ga zapomnite, saj je to potrebno zaradi varnosti vaših podatkov.

Leto dni po epidemiji

Aprila letos je minilo leto dni, odkar je Svetovna zdravstvena organizacija razglasila epidemijo oz. pandemijo gripe z virusom AH1N1 09, ko se je ta pojavil v Mehiki. Epidemiolog Mladen Smoljanović analizira, kakšne zaključke lahko naredimo leto dni po dogodku, ki ga nekateri označujejo kot uspeh in drugi kot hud neuspeh svetovne epidemiologije.

Virus se je iz Mehike v dveh tednih razširil v 31 držav z 21 odstotka svetovnega prebivalstva, po pravilu: virus se širi s hitrostjo najhitrejšega prometnega sredstva. Do danes je virus okužil praktično vse dežele sveta z izjemo dvanajstih držav osrednje Afrike in Turkmenistana.

Umrljivost v 146 državah s 6 milijardami in 175 milijoni prebivalcev je znašala 18.115 laboratorijsko potrjenih virusnih smrti oziroma 0,27 na 100.000 prebivalcev.

Cepljenje se je izkazalo kot slabo učinkovito iz različnih, večji del nemedicinskih razlogov. Na južni polobli se je pričelo cepljenje že po prehodu glavnega vala, pa tudi številne države severne poloble so zamujale z začetkom cepljenja. Dodatno je bila vsa akcija pripravljena na hitro in ne dovolj dobro pojašnjena, zaradi česar so jo odklanjali ne le prebivalci, temveč tudi številni zdravniki. Zato je bil odziv različen; razmeroma dober na primer v ZDA in Kanadi. Švedska je cepila 70 odstotkov prebivalstva (smrtnost 0,32 na 100.000). Poljska ministrica za zdravje je na drugi strani tvegala in prepovedala uvoz cepiva. Na koncu je imela Poljska 181 mrtvih oziroma 0,47 na 100.000. Za primerjavo: umrljivost je bila v Kanadi 1,26 na 100.000 in v ZDA 0,89 na 100.000, s tem, da je epidemija tam trajala dlje. V primerjavi z deželami, kjer cepljenja ni bilo ali je bil cepljen le manjši del prebivalstva, pa številke ne kažejo pomembnih razlik. Zaradi slabega odziva so nastale velike (in drage) neuporabljene zaloge cepiva, ki so jih deloma poslali siromašnim državam, večinoma prepozno. Povsem pa je odpovedala medikamentozna terapija (tamiflu).

Avtor ocenjuje cepljenje na Hrvaškem kot uspešno, z umrljivostjo 0,71 na 100.000 prebivalcev, in z grafom dokazuje močan padec umrljivosti, potem ko je bila dosežena imuniteta po cepljenju.

Zanimiva je primerjava smrtnosti med gospodarsko razvitimi državami, kjer je umrljivost najvišja, tistimi, kjer BDP ne presega 5000 dolarjev, in tistimi z BDP pod 1000 dolarji. Videti je, da je umrljivost sorazmerna z razvیتostjo. V skupini 38 najrevnejših držav z 808 milijoni prebivalcev je umrlo le 52 bolnikov. Seveda gre do te številke vzporedno z razvیتostjo zdravstvene službe in pri najrevnejših je treba pomisliti, da med množico drugih bolezni, od aidsa do malarije, nova gripa ni prioriteta zdravstvene službe.

Avtor analize predlaga naslednje zaključke in primeru ponovnih epidemij:

- Zgodnje odkrivanje in laboratorijska identifikacija (če je

le mogoče na mestu) novih ali starih povzročiteljev. Ob izbruhu v Mehiki je trajalo skoraj dva meseca, da je bil virus laboratorijsko identificiran, in to v Kanadi.

- Kritičen pogled na delo Svetovne zdravstvene organizacije, njene izvršne direktorice dr. Margaret Chan in ameriškega centra za nadzor in preprečevanje bolezni (CDC), ki so prezgodaj in po nepotrebnem (nekateri pravijo panično) proglasili novi virus za »ubijalski« in posebno nevaren. (Mimogrede, odlok o trajanju epidemije še vedno ni bil preklican.)
- Svetovna zdravstvena organizacija je šele julija 2009 zahtevala od proizvajalcev izdelavo monovalentnega cepiva za virus gripe A H1N1 09, ko je bilo že pozno ali prepozno.
- Po navodilih iste organizacije so skoraj vse države uvedle ukrepe, ki so veljali od leta 2005 za primer ptičje gripe, bolezni, ki je mnogo nevarnejša kot razmeroma blaga oblika sedanje, nove gripe.
- Masovno cepljenje prebivalstva ni priporočljivo. Treba bi bilo selektivno cepiti občutljivo populacijo rizičnih skupin, ostalim pa omogočiti, da razvijejo naravno, trajno imunost proti omenjenemu virusu.

V zaključku avtor ugotavlja, da je bila pandemija sicer debakel svetovne epidemije, toda kljub napačnim ukrepom in odločitvam je prinesla številna nova znanstvena spoznanja.

Vir: Liječničke novine, junij 2010

Prevod in priredba: Boris Klun

"svinjska" gripa

Godina dana nakon objave epidemije gripe A H1N1 09

Kome je trebala panika ili debakel svjetske epidemiologije?

Mladen Smoljanović, Split*

da je sve manji broj smrtnih, nemirnih osobe na infekciju istim tipom virusa. Epidemiološki potencijal se troji i on je sve manji.

Globalno razmatran, epidemiološki proces gripe A H1N1 09 u čitavom svijetu usporednom epidemiološkim procesima po svjetskim područjima jasno ukazuje kako on ima sva obilježja klasične epidemije sezonske gripe. Epidemiološki proces gripe usporednih klasičnih predjela na hemisferama izliči: na se u jednom valu. Razlika je jedina u tome što je na južnoj hemisferi taj proces kratak i jasan a bio je većog intenziteta nego na sjevernoj.

Pri razmatranju područja sjeverne hemisfere treba znati da je najmnogoljudnija zemlja svijeta, Kina, prijavila svega 800 smrtnih ishoda na 1 milijardu i 314 milijuna stanovnika (smrtnost 0,06/100.000), što je u skladu s običajnom gripom kao i u Sjedinjenim Državama (1,14/100.000) ili južnom Korejom (0,52/100.000).

Također se ističe činjenica da su Rusija i druge zemlje bivšeg Sovjetskog saveza (SFS zemlje) u sruhu epidemiološkog procesa prethodne iznenčivati o broju oboljelih i umrlih od gripe A H1N1 09 po sjeverna SZO-u, kako su vidjeli da je sva gripa jednaka nekakoj drugoj sezonskoj gripu, te su se vratili standardnim načinima praćenja sezonske gripe.

Ipak, gospodarski bogatije zemlje sjeverne hemisfere (Sjedinjene zemlje, Sjeverna Amerika, Japan, Sjeverna Koreja) imaju manje-kumulativnu stopu mortaliteta i duže trajanje epidemiološkog vala, što je posljedica boljih mogućnosti provedbe nefarmaceutičkih mjera (izolacija, opšte pripremljena rizičnih skupina) i farmaceutičkih mjera (preparati protiv lijekovi) u suzbijanju gripe.

Specifične mjere prevencije tipičnijim čovjekom nisu pokazale očekivanu učinkovitost. Za stanovništvo južne hemisfere one su daleko povoljnije epidemiološkog vala, a za mnoge zemlje sjeverne hemisfere zakačila su u odnosu na protijek epidemiološkog vala. Pored

* Na kraju 18. epidemiološkog tjedna 25. travnja 2010. prošla je godina dana od objave epidemije/pandemije gripe A H1N1 09 u Meksiku.

Virus gripe, tada nazvan novi virus, virus svinjske gripe, virus meksičke gripe, i najavljen kao izvansezonski virus uobičajnih osoba, veselo bez prekida se cijelom Sjevernom Americom. U roku od samo dva tjedna zabilježen je samo virus u 21 zemlji svijeta i ukupno milijardu i 388,8 milijuna stanovnika (21% cjelokupnoga svjetskog stanovništva svijeta od ukupno: šest milijardi i 703,39 milijuna stanovnika u 213 zemalja i domovina). Potvrđeno je pravilo: Virus gripe širi se svijetom brzinom najbržeg prometnog sredstva.

Do današnjega dana zabilježen je virus gripe A H1N1 09 201 zemlji od ukupno 213 zemalja, u ukupno 6 milijardi i 650 milijardi i epidemioški pojavnosti nove gripe izvansezonski pandemijem i već 12. lipnja 2009. proglašena izloženost, nepotrebno i suprotno individualnima Međunarodnog sanitarnog pravilnika 6. fazu pandemije koja je još uvijek na snazi!

Epidemiološke procjene između pojedinih zemalja i područja gripe nije moguće usporediti prema broju prijave bolesti klinički malih gripi niti prema laboratorijski potvrđenom broju oboljelih od gripe A H1N1 09 zbog različitih mogućnosti laboratorijske dijagnostike i načina prijaviivanja bolesti-smrti.

Poznatije je usporedna brojka laboratorijski potvrđenih smrtnih ishoda, prema tome podatke treba očekivati tek za godinu dana nakon provedenih nestrukturiranih istraživanja.

Poglednost smrtnih ishoda od gripe

Usmrtitev na zahtevo – nova naloga zdravnika?

Anketa, ki jo je na začetku leta izvedla Medicinska univerza v Gradcu, je pokazala strašljivo povečanje (kar 61-odstotno) tistih, ki podpirajo aktivno pomoč pri umiranju. Mar to pomeni, da javnost ni dovolj osveščena o možnostih sodobne paliativne medicine ter delovanja gibanja hospic? Da je tudi v teh primerih življenje vredno življenja? Mar obstoji nevarnost, da bo politika prej ali slej tudi v Avstriji popustila pritisku duha časa (*Zeitgeist*)? V tem primeru je nujno računati z novim navalom zahtev na zdravništvo. Napočil je čas, da se ukvarjamo tudi s tem.

»*Panta rhei*.« Močne družbene spremembe so privedle do velikih sprememb duha časa. Na poti v tretje tisočletje se »prosvetljeno človeštvo« pripravlja, da na novo preceni ter pretehta stara pravila igre. Kaj je nujno popraviti, kaj odpraviti, kaj ohraniti. Primer za to je Hipokratova prisega, trdno zapisana odklonitev usmrtitve na zahtevo ali usmrtitve še nerojenega otroka. Če gledamo tako, je presenetljivo, da sodobna družba pod vprašaj postavlja svojo doslej nedotakljivo pristojnost izrekanja smrtne kazni ter zahteva ukinitve te vrste »zakonitega umora«. Je mar s tem tudi okop, ki ga je Hipokrat pred več kot dva tisoč leti postavil kot smernico – tudi z namenom, da bi zdravnike obvaroval pred nepredvidljivimi odločitvami ter posledicami – postal vprašljiv? Po legalizaciji prekinitve nosečnosti (v določenih razmerah) se zdaj po vsem svetu razpravlja o pravilih za usmrtitev na zahtevo.

Kot študenti ali mladi zdravniki smo Hipokratovo prisego dojemali kot že predkrščansko uveljavljeno, moralno temeljno razumevanje, ki ga je nujno religijsko upoštevati. V dolgoletni praksi so mnogi od nas zdravili tudi bolnike, ki so zaradi neznoznega trpljenja hrepeneli, da bi se končalo. Razvoj zdravilne medicine je bil tako hiter in prevladujoč, da je medicinska oskrba neozdravljivo

bolnih močno zaostala. Zmagoviti pohod ukrepov za vzdrževanje življenja je celo povečal problematiko pacientov v zadnjih fazah življenja. To smo prepoznali šele pred nedavnim. Prestrezna mreža (*Fangnetz*) paliativne medicine zato še zdaleč ni dostopna vsem in tako še naprej obstaja trpljenje, ki bi ga lahko omilili.

Če se bo – kot kaže anketa v uvodu – še povečalo število tistih, ki podpirajo umor na zahtevo, potem velja to obravnavati kot klic na pomoč. Klic na pomoč, da bi našo lovilno mrežo paliativne medicine kar najbolj razvili ter o tem kar najbolje obvestili javnost.

V tem smislu želimo izraziti glasno opozorilo vsej odgovorni politiki. Naj se nikakor ne prepusti trenutnemu duhu časa, kajti usmrtitev na zahtevo ne more biti predmet pravniških ali zdravniških odločitev. Naša naloga je zdravljenje bolnega v celostnem smislu. To sliko zdravnika, ki je prek modre Hipokratove predvidljivosti preživela več kot dva tisoč let, moramo ohranjati še naprej.

Vir: Aerzte, junij 2010

Prevod in priredba:
Marjan Kordas



Pritisk na zdravnice in zdravnike dokazuje tudi raziskava

Po letih 2003 in 2006 ustrezná raziskava Inštituta za empirične socialne raziskave (*Institut für empirische Sozialforschung*) spet dokazuje, kako kritičen je delovni položaj domačih bolnišničnih zdravnikov. Kar štirje od desetih medicincev se čutijo obremenjene ali celo zelo obremenjene. Dobra tretjina se jih pritožuje, da morajo delati prek delovnega časa. »Ta podatek je naloga za delodajalce, naj zmanjšajo zaostren kadrovski položaj,« sta razmere komentirala dr. W. Routil, predsednik zbornice, in dr. M. Wehrschütz, predsednik odbora (kurije) za nastavljene zdravnike. Raziskava (*Spitalärzteumfrage 2010*) je zajela 280 štajerskih zdravnic in zdravnikov, ki so med 8. in 22. aprilom letos odgovarjali na vprašanja o delovniku, delovni intenzivnosti in kakovosti dela.

Več kot tretjina anketiranih dela nad 60 ur na teden (zakonsko določena tedenska obremenitev); več kot polovica jih poroča, da morajo včasih delati več kot 72 ur na teden (zakonsko določena največja tedenska obremenitev). In dalje: več kot tretjina delovnika se porabi za administrativne zadeve. Poleg drugih predlogov zbornica meni, da bi zdravnice in zdravniki, starejši od 50 let, smeli prek noči dežurati največ trikrat na mesec. Hkrati se ni prav nič izboljšal položaj za raziskovanje, za katerega je na voljo komaj osem odstotkov vsega delovnega časa. Dr. Routil in dr. Wehrschütz poudarjata, da je nujno to stanje popraviti, saj se lahko le tako omogoči ohranjanje mednarodno priznane kakovosti avstrijskega raziskovanja.

Vir: Aerzte, junij 2010

Prevod in priredba: Marjan Kordas

Diplomiralo prvih enajst študentov mariborske medicinske fakultete

Na slovesnosti v Mariboru so v torek, 22. junija, podelili diplome prvim enajstim diplomantom mariborske medicinske fakultete. Ob tej priložnosti je bodoče zdravnike nagovoril predsednik republike Danilo Türk, ki je tako kot ostali govorniki poudaril, da mora zdravnik veliko pozornosti namenjati tudi vzpostavitvi ustreznega odnosa do bolnika.

Na slovesnosti v Unionski dvorani so se zbrali številni predstavniki tako akademske sfere kot zdravstva in politike, med njimi ministri, predstavniki Mestne občine Maribor, predsedniki zdravniških organizacij, tudi Zdravniške zbornice Slovenije, in številni drugi.

Diplome, ki predstavljajo tudi pomemben prispevek k razreševanju problematike pomanjkanja zdravnikov v Sloveniji, je prejelo sedem fantov in štiri dekleta, ki so uspešno zaključili šestletni študijski program splošna medicina na Medicinski fakulteti Univerze v Mariboru: Martina Babič, dr. med., Uroš Bele, dr. med., Sabina Blažević, dr. med., Robi Kelc, dr. med., Gregor Kralj, dr. med., Urška Marolt, dr. med., Jakob Naranda, dr. med., Domen Slapnik, dr. med., Samir Šabič, dr. med., Tomislav Šarenac, dr. med., Sanja Vužem, dr. med. Veseli in ponosni smo, da smo nekatere

že lahko pozdravili tudi na Zdravniški zbornici Slovenije.

Govorniki so izrazili tudi zadovoljstvo nad novim prilivom zdravnikov v slovenski zdravstveni sistem. Gre sicer le za pol odstotka, vendar v smeri izboljšave. Bili so si enotni, da je po tej poti treba nadaljevati ter ohranjati visoko kakovost, ki jo zdravstveni sistem nudi državljanom, kar je z večjim številom zdravnikov in zdravnic mnogo lažje.

Dekan mariborske medicinske fakultete prim. prof. dr. Ivan Krajnc, dr. med., v dobro znanje diplomantov ne dvomi, saj je študij po njegovih besedah sodobno naravnano, evropsko primerljivo in mednarodno uveljavljeno. Kot je dejal, imajo najuspešnejši študenti že objavljene prispevke, tudi v mednarodnih strokovnih publikacijah, za fakulteto pa so značilne tudi številne mednarodne izmenjave tako profesorjev kot študentov. Dodal je, da bodo njihovi diplomanti zdravniki s pogledom, usmerjenim v svet.

Vsem enajstim diplomantom iskreno čestitamo ter jim izrekamo iskreno dobrodošlico med slovenskimi zdravniki.



Vir: MEDIAspeed

Zdravnik = menedžer

Nina Mazi

Z menedžmentom sem se srečala že zelo zgodaj, kot petletna deklica, ko je očka, gozdarski inženir, raziskovalec, pedagog in menedžer, od svojih prijateljev dobil v dar Druckerjevo legendarno uspešnico »The Practice of Management«. Knjigo vličnih usnjenih platnicah je postavil na svojo pisalno mizo in jo zelo rad prebiral. Tudi mene je zanimalo, kaj je v njej, a še nisem znala angleško, zato sem očka pobarala, o čem piše ta Drucker. »O menedžmentu,« je dejal. Ko sem v isti sapi hotela vedeti, kaj je menedžment, se mi je pomenljivo nasmehnil, nato pa, vaje nenavadnih vprašanj, iz rokava potegnil genialni odgovor, nad katerim bi bil gotovo navdušen celo veliki Drucker: »Manedžment je pametno in pošteno delovanje.« Nato mi je pojasnil še, da je delovanje sinonim za delo, igro in učenje, svojo definicijo pa dopolnil še s koristnostjo in mi za piko na i razložil še ta pojem.

Zahvaljujoč očkovi lekciji sem si menedžment začela predstavljati kot nekaj prijetnega in prijaznega, pa tudi zelo zanimivega, sicer mu očka ne bi posvetil toliko časa in za branje knjige navdušil tudi mamico, profesorico. Onadva sta brala in študirala, jaz pa sem si knjigo le ogledovala, jo listala (z umitimi rokami) in sanjarila o Indiji Koromandiji, ki jo v njej opisuje avtor. Tedaj sem začela verjeti v menedžersko pravljico. Kasneje, v gimnaziji, pa sem začela o menedžmentu tudi bolj resno razmišljati, a je po maturi ljubezen do medicine prevladala nad menedžerskim navdušenjem. Ko sem se prvič podala preko luže, sem imela priložnost poslušati dr. Druckerja, ki je predaval vodstvu deklishe skavtske organizacije, kasneje pa sem v živo spremljala še nekaj profesorjevih predavanj na Stern School of Management, ki sodi v okvir New York University, in na Claremont Graduate University v Kaliforniji. Z Druckerjevim bogatim opusom sem se ukvarjala tudi v času svojega podiplomskega izobraževanja iz menedžmenta. Očeta modernega menedžmenta z nove celine spoštujem in občudujem predvsem zato, ker je bogastvo njegovega znanja in idej razumljivo, sprejemljivo in uresničljivo v poklicu, poslu in karieri, pa tudi na družabnem parketu in med domačimi štirimi stenami. Na vsakem koraku se potrjuje razlaga mojega očka, da je menedžment pametno, pošteno in koristno delovanje. To si je priporočljivo dobro zapomniti in dosledno upoštevati.

Peter Ferdinand Drucker, ameriški strokovnjak, raziskovalec in oče sodobnega znanstvenega menedžmenta, ki je bil v hudi konkurenci menedžerskih strokovnjakov z vseh celin na prelomu tretjega tisočletja proglašen za globalnega menedžerja 20. stoletja, je poudarjal, da sodobnim strokovnjakom primanjkuje predvsem menedžerskega znanja. Peter F. Drucker je učil, svetoval in sodeloval s pomembnimi velikani našega časa – od Jacka Welcha, Henryja Kisingerja in Margaret Thatcher do Vicenta Foxa, Andyja Grova in Winstona Churchilla. Drucker je posel štel za ekonomski motor demokracije; v tem sta si podobna z zdravjem, ki ga je prav tako mogoče obravnavati kot nepogrešljiv generator blagostanja. Njegov glavni cilj je bil izboljšati delovanje

in življenje ljudi, s katerimi se je srečeval in sodeloval – načelo, ki predstavlja tudi bistvo delovanja dobrega zdravnika.

Prizadeval si je, da bi bili ljudje učinkoviti in zadovoljni pri svojem delu ter uspešni v življenju. S svojimi idejami in ideali, ki so v marsičem sorodni, pogosto celo enaki tistim, ki zdravnike spodbujajo v prizadevanjih za kakovost in odličnost, je skušal strokovnjake z nemenedžerskih področij prepričati, naj si svoje delo olajšajo s pomočjo učinkovitega menedžmenta. Menedžer je namreč pristojen in odgovoren za spodbujanje ljudem in okolju prijaznega učenja – nabiranja znanja, izkušenj in kompetenc (ZIK), za njihovo učinkovito širjenje in čim bolj spretno uporabo v praksi. ZIK je danes sinonim za prestiž, moč, ugled, vpliv in blaginjo (za vse to si prizadevajo zdravniki); obvladuje dostop do priložnosti, razvoja in napredka. Znanje je neločljivo povezano z učenjem, ki predstavlja stalnico zdravnikov že od Hipokrata dalje. Učenje, kot doživljenjski proces in trajna usmeritev, zdravnikom omogoča ustvarjalno sooblikovanje sprememb in učinkovito prilagajanje nanje. Med pomembne naloge zdravnikov pa sodi tudi motiviranje bolnikov za nenehno učenje in spremljanje razvoja oz. dogajanja, seveda v primernih okvirih in na ustreznih nivojih. Pri tem je najbolj zahtevno prav prosvetljevanje uporabnikov, pa ne o dogodkih in dejstvih, marveč kako, kaj in zakaj naj se učijo, sproti spremljajo spremembe, si nabirajo dragocene izkušnje in zavzeto skrbijo za lastno zdravje oziroma blagostanje.

Menedžment idej, spoznanj in odkritij

Na enem izmed svojih odmevnih predavanj na državni univerzi v New Yorku je Drucker poudaril, da številne imenitne ideje, raziskovalna spoznanja in znanstvena odkritja ne zaživijo v polni meri, ne dajejo ustreznih rezultatov in ne zagotavljajo pričakovanega napredka predvsem zato, ker strokovnjakom manjka menedžerskega znanja, ki je svojevrstna nadgradnja njihovega strokovega znanja. Največ pozornosti je posvetil poklicem, ki imajo opravka z ljudmi (skrbijo zanje in jim služijo), in pri tem posebej izpostavil zdravnike. Kot geniji na področju medicine se mnogi izmed njih ne morejo ustrezno uveljaviti prav zaradi pomanjkanja menedžerskega znanja oziroma ZIK. Neprikljubljenost menedžmenta v številnih strokovnih okoljih je po Druckerju povezana z zmotnim prepričanjem, da ta služi predvsem nadzoru in prisili, omejevanju akademske svobode, zatiranju ustvarjalnosti in oteževanju sodelovanja. S svojimi ugotovitvami je kot znanstvenik, raziskovalec in praktik zbudil ogromno zanimanja med zdravniki, njihovimi sodelavci in ostalimi medicinskimi strokovnjaki. Kolega, zdravnik raziskovalec s kalifornijske univerze (UCLA), s katerim sva med razpravo sedela v isti vrsti, je pomenljivo pripomnil, da je nam zdravnikom s tem odprl oči in nakazal smer razvoja nove medicinsko-zdravstvene paradigme. Po moji

oceni ji je hkrati postavil temelje in skušal zdravnike navdušiti, da jo začnejo graditi tako, da bodo od nje imeli maksimalno korist ne le oni sami, marveč tudi bolniki in družba nasploh.

Nepogrešljiva kombinacija

Druckerjevo prepričanje, da se strokovno znanje lahko maksimalno razmahne in v polnosti zaživi šele ob podpori menedžerskega znanja, se danes nenehno potrjuje v zdravstveni in ostali praksi. Iz preprostega razloga, ker znanje ni samo sebi namen in ker zaprto v glavah posameznikov nima prave (praktične) vrednosti. V praksi je ZIK mogoče objektivno primerjati in preverjati, ga »prečistiti«, prilagoditi in nadgraditi. Le tako je zdravnik lahko maksimalno učinkoviti in uspešen kot posameznik in/ali v skupini. Ko gre za uspešnost in učinkovitost, je menedžersko znanje kot dopolnilo, spremljevalec oziroma nadgradnja strokovnega znanja še posebej pomembno. O tem na primer zgovorno pričajo izsledki raziskave med 450 študenti medicine, ki so jo izvedli na medicinskih fakultetah v Nemčiji. Anonimna študija je pokazala, da kar 96 odstotkov študentov višjih letnikov medicine ne razlikuje med uspešnostjo in učinkovitostjo (ju ne zna opredeliti in ne pozna razlik med njima). O učinkovitosti govorimo, ko človek počne stvari na pravi način (pristopi, metode, načela, koncepti – način dela), o uspešnosti pa tedaj, ko počne oziroma se ukvarja s pravimi rečmi (naloge, posli, obveznosti, zadolžitve – vrsta dela oziroma prioritete). Pojma je mogoče razviti še naprej in ju aplicirati na menedžment in voditeljstvo; menedžment je mogoče povezati predvsem z učinkovitostjo, voditeljstvo pa z uspešnostjo. Kar 86 odstotkov študentov medicine, sodelujočih v nemški raziskavi, si želi pridobiti dodatno menedžersko znanje. Podobno raziskavo bi bilo zanimivo narediti tudi med študenti MF v naši državi – upam, da je vodstvo zainteresirano in da razmišlja o tem, kako bi bodoče zdravnike in zobozdravnike opremilo tudi z nujno potrebnim menedžerskim ZIK.

Uspešnost in učinkovitost zdravnika in menedžerja se ne meri le s priljubljenostjo, ampak ključna presoja delovanja oz. izvrševanja poslanstva obeh poklicev temelji na rezultatih in dosežkih. Najbolj nekoristno in škodljivo je delovanje, pri katerem si človek prizadeva kar najbolje opraviti stvari, ki sploh niso pomembne in se mu z njimi sploh ni treba ukvarjati (podvajanje postopkov in procesov ter adminstriranje v zdravstvu). Oba poklica se pri delu in v življenju nenehno soočata s hitrima, *ad hoc* odločitvami, ki imajo lahko usodne posledice. Sprejemanje optimalnih odločitev sodi med ključne sposobnosti in konkurenčne prednosti na vseh (organizacijskih) nivojih. Zato prav primerjanje končnih rezultatov oziroma posledic določene odločitve in primarnega namena oziroma pričakovanj le-te omogoča nujno potrebno analizo SWOT¹ ter ugotavljanje, v čem so dobri, kaj morajo izboljšati, kje jim manjka ZIK in informacij ter kakšno je tveganje na določenem področju. Tudi priporočilo

globalnega menedžerja 20. stoletja, naj učinkoviti akciji vedno sledi trezen razmislek (strokovna in občečloveška refleksija), ki lahko zagotovi še večjo dodano vrednost delovanja (zdravje, vitalnost, blagostanje), je pisano na kožo sodobnemu zdravniku. Zdravniki sodijo med poklice, ki o svojem delu ogromno razmišljajo in svojemu poslanstvu brez zadržkov posvečajo tudi velik del svojega prostega časa.

Nagrajevanje

Podobno kot menedžerjevega, tudi zdravnikovega delovanja ni mogoče zreducirati le na zakone, finančne okvirje, ekonomske momente in sociološke elemente. Oba poklica morata služiti ljudem – si prizadevati predvsem, da jim pomagata do maksimalnih dosežkov, povezanih s poslom oziroma zdravjem. Kar pa seveda ne zmanjšuje pomena in vloge strategije, ciljev, načel, meril, standardov in nujno potrebne regulative delovanja obeh poklicev. Pomembno vlogo pri obravnavi obeh poklicev igra nagrajevanje. Tako pri zdravnikih kot tudi pri menedžerjih je Drucker opazal nekonsistentnost, nepravilnost in neustreznost pri nagrajevanju. Ugotavljal je, da so razlike med slabimi oziroma povprečnimi in dobrimi oziroma najboljšimi premajhne. Pristojni si pred slabim delom in neustreznim delovanjem pogosto raje zatisnejo oči, namesto da bi komodnejše in delomrznije motivirali za dosežke, ki so jih sposobni. To pa ne škodi le slabim in dobrim, marveč tudi družbi nasploh (njemu zdravju in blaginji), saj slabi in spodkopava njen vrednostni sistem.

Hierarhija – posledica, ne cilj

Pomembna lekcija, ki nam jo je Drucker predstavil v enem izmed svojih predavanj, ki je povezana s hierarhijo in je relevantna tudi za zdravnike, temelji na spoznanju, da položaj ne more in ne sme postati sinonim za moč, privilegije in ugodnosti, marveč predvsem za pristojnosti, povezane z resnim razmišljanjem, trdim delom in zavzetim učenjem. Ob napredovanju glavnina ljudi pomisli na ugled, vpliv, moč in debelejšo plačilno kuverto, dejansko pa prinaša skok na hierarhični lestvici predvsem večjo odgovornost in obremenjenost. Predanost in zavzetost sta predpogoja za optimalno delovanje; v nasprotnem primeru je namesto s konkretnimi načrti, cilji in zadolžitvami mogoče operirati le z upanjem, željami, pričakovanji in obljubami, uspeh pa obvisi v zraku. Spremembe so edina stalnica tako v zdravstvu kot tudi v menedžmentu. Podobno kot menedžerji se morajo tudi zdravniki nenehno preoblikovati in prilagajati. Z omejenimi (pogosto minimalnim sredstvi) skušajo dosegati maksimalne rezultate. Bistvo njihove učinkovitosti in ustvarjene dodane vrednosti je v sodelovanju pri spremembah (še bolje v njihovem (so)oblikovanju), odzivanju in prilagajanju nanje ter maksimalnem izkoriščanju njihovih potencialov – prednosti in možnosti, ki jih prinašajo. Prav nenehne spremembe in preobrati terjajo od zdravnikov (in menedžerjev) izrazito proaktivno (v prihodnost usmerjeno in naravnano) delovanje, pa čeprav o prihodnosti ne vedo veliko. Pogosto jim je znano samo to, da bo drugačna od sedanjosti (lahko jo le slutijo oziroma predvidevajo). Napovedovanje prihodnosti

¹ Analiza SWOT je analiza prednosti, slabosti, priložnosti in nevarnosti (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats), s katerim se sooča posameznik, skupina ali organizacija.

Drucker pomenljivo primerja z vožnjo po ozki vaški cesti sredi trde teme, brez prižganih luči in z zakritim sprednjim oknom, tako da mora voznik skozi zadnje steklo opazovati okolico. Pacienti in njihovi svojci pa od zdravnikov pogosto pričakujejo »preroške sposobnosti«.

Predpogoj za optimalno delovanje zdravnikov in menedžerjev je komunikacija in sodelovanje. Pri komunikaciji ostaja za oba poklica poslušanje pomembnejše od govorjenja, vse pomembnejša pa je zlasti »sposobnost poslušanja med vrsticami« – slišati, kar ni bilo izrečeno, oziroma iz povedanega razbrati skrito sporočilo, ki je zlasti za zdravnike pogosto ključno. Komunikacija med zdravnikom in bolnikom namreč še vedno temelji na strahospoštovanju, zadržanosti, podrejenosti in negotovosti slednjega, ki pogosto ne more oziroma si ne upa izraziti tistega, kar želi oziroma bi moral povedati.

Temelj kompatibilnosti

Nepogrešljivi temelj in bistvo delovanja obeh poklicev so oziroma bi morala biti moralna načela in vrednote. Brez moralno-etične integritete v vseh delih oziroma na obeh koncih zdravstvene verige ni mogoče računati na resnični, trajni uspeh. Moralna stranpota in »skoki čez plot«, ki niso v skladu z zdravniško in menedžersko etiko, najprej sicer prizadenejo oziroma škodijo uporabnikom (pacienti, zaposleni), kasneje pa kot bumerang vedno prizadenejo tudi in predvsem akterja samega (zdravnika, menedžerja). Zato sodi močan in brezhiben moralni kompas med ključne pripomočke sodobnega zdravnika. Zdravnikom, ki jih pogosto upodabljajo s stetoskopom v žepu oziroma okrog vratu, bi bilo treba v 21. stoletju v roke položiti kompas in tako simbolično dopolniti njihovo podobo.

Pri delovanju obeh poklicev igra danes ključno vlogo čas. Naglica kot Damoklejev meč visi nad zdravniki in menedžerji, čas pa predstavlja najbolj dragocen vir v njunem poklicnem kurikulumu. Če zdravnik odpove pri ravnanju s časom, mu praviloma ni pomoči.

Zdravnik : menedžer = 1 : 1

Menedžer skrbi za strokovno, finančno, ekonomsko, socialno in kulturno zdravje svoje organizacije (posameznikov, skupin, oddelkov, hierarhičnih nivojev, področij, podjetij), zdravnik pa za telesno, duševno in socialno zdravje ljudi. Na določenih (danes vse bolj številčnih) področjih sta njuni dejavnosti kompatibilni in komplementarni, za mnoge celo sorodni in združljivi. Učinkovita primerjava, povezovanje, sodelovanje in dopolnjevanje obeh področij so koristni oziroma nujno potrebni; kljub razvoju in napredku pa še vedno ostaja relevantno dejstvo, da zdravnik danes veliko bolj potrebuje menedžersko znanje kot menedžer medicinsko. Zdravnikovo delo je organsko prepleteno z menedžmentom, saj vključuje menedžment znanja, zdravja, časa, življenjskega sloga, podatkov in informacij, odnosov, financ in materialnih virov, produktivnosti, odličnosti in kakovosti – pa ne le pri njem samem, marveč tudi pri sodelavcih, pacientih in njihovih svojcih, ki mu verjamejo in zaupajo. Po Druckerju so končni produkti menedžerjevega dela odločitve in ukrepi, ne pa znanja in uvidi, pri zdravniku pa je razpon širši, saj vključuje vse štiri omenjene elemente. Čeprav se v izsledkih primerjalne analize med zdravniki in menedžerji pojavljajo različne formulacije (zdravnik = menedžer, zdravnik ≥ menedžer, zdravnik > menedžer, zdravnik < menedžer, zdravnik ~ menedžer), je enačba, zapisana v naslovu, za najboljše in najbolj predane najbolj realna in verodostojna.

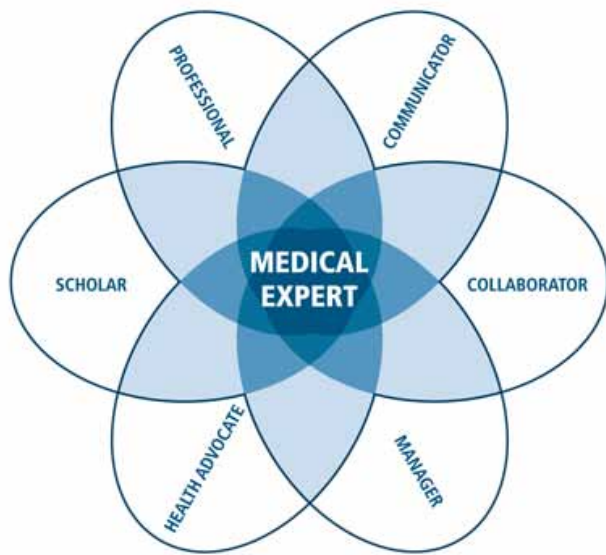
»Kirurški triptih« ali prenova kirurških specializacij

Miran Rems

Naj bo sistem še tako dober, potrebuje spremembo. Da bi bil boljši. Če sistem ni najboljši, je klic po spremembi še močnejši. Čas zahteva svoje. Enako velja za sistem kirurških specializacij. Današnji čas zahteva specialista, ki je suveren na strokovnih področjih in ob tem zna komunicirati s pacienti in sodelavci v timu. Odločitve naj bi temeljile na dokazih. Država pričakuje od njega oziroma mu predpisuje, da bo vodja dejavnosti, kljub temu, da mu dodiplomski študij ne ponuja nobene izobrazbe v to smer. V ta čas prihajajo vedno bolj zahtevni mediji in pacienti, ki pričakujejo nezmotljivost v belem in so razočarani, če ni tako. Zahteve, ki so upravičene in iščejo rešitve.

V temu času so zoreli predlogi in razmišljanja, da je treba nekaj

spremeniti, dopolniti v sistemu izobraževanja po diplomih, če želimo bolj kompetentnega kirurga. Začelo se je pred nekaj leti s pisanjem prof. Gadžijeva Glavnemu strokovnemu svetu pri SZD, v katerem je izpostavil svoje videnje pomanjkljivosti v sistemu specializacij iz kirurgije. Danes so kirurgovo znanje in izkušnje enako pomembni kot nekoč, vendar je treba kaj vedeti tudi o komunikaciji, o dodatnih znanjih sosednjih hitro razvijajočih se specializacij. Tudi našo osnovo, anatomijo, je do specializacije že prekril študentski prah. Glavni strokovni svet je Združenju kirurgov Slovenije dal nalogo, da se opredeli do predlaganih sprememb in predlaga prenovu. Po več sestankih in razpravah prihajamo do skupnih zaključkov, v katero smer naj bi šle spremembe specializacij iz kirurgije. Spodaj so zapisani predlogi, ki potrebujejo še kakšno dodelavo. Vabljeni ste k razpravi.



Prikaz glavnih kompetenc specialista po modelu CanMEDS

Vsi člani skupine za prenovu kirurških specializacij smo zavezani k zagotovitvi najvišjih standardov in odlične kakovosti pri zagotavljanju zdravstvene oskrbe pacientov. Zato menimo, da je pri prenovi specializacij treba zagotoviti kompetentnega kirurga, ki bo lahko te cilje izpolnjeval. Zaradi tega je predlog prenove kirurških specializacij pripravljen v stopnjah, tako časovnih kot v razvoju kompetenc specializanta. Upošteva tudi standarde in dobre prakse pri iskanju znanja, temelječega na dokazih, kliničnih presojah, tehničnih in operativnih izkušnjah in profesionalnih vsebinah. Želimo, da se v času specializacije vse te osnovne vrednote med seboj prekrivajo in stalno razvijajo. V prenovi smo upoštevali okvir kompetenc za zdravnika specialista, ki jih je pripravil The Royal College of Physician and Surgeons of Canada CanMEDS. Gre za obsežen dokument, ki je rezultat dolgotrajnega projekta in širokega sodelovanja kanadskih kolegov in se širi po vseh združenjih, kjer se dogajajo spremembe specializacij. Bistvo je v tem, da dober kirurg ne more biti zgolj tehnični strokovnjak. Kot specialist združuje vse vloge, je odlično podkovan v medicinskem znanju, kliničnih spretnostih in profesionalnemu odnosu do celostne oskrbe. Pri tem je **kommunikator**, da lahko učinkovito krepí odnos zdravnik - pacient. Je **sodelavec**, ki aktivno deluje s timom. Je **menedžer**, ki sodeluje pri organiziranju, razporejanju virov in izboljšanju učinkovitosti celostne oskrbe. Je **odvetnik zdravstva**, ki odgovorno uporablja izkušnje in vpliva na zdravje pacientov in celotne populacije. Je **učenc**, zavezan vseživljenjskemu študiju, kreiranju in prenašanju medicinskega znanja. Je **profesional**, predan zdravju pacientov in družbe z etičnimi in visokimi

osebnim standardi obnašanja.

Predlagana je delitev specializacije na tri dele po dve leti, kar bi lahko imenovali »kirurški triptih« 2 + 2 + 2. Prvi del je osnovni del, drugi del je bolj splošen, urgentni, in zadnji del je specialistični del. Cilj takšne delitve je zagotoviti vsem specializantom v prvem, skupnem deblu kakovostno in na dokazih temelječe izobraževanje. Po drugem delu naj bi specializant postal praktično avtonomen v izvajanju urgentnih operacij. V zadnjem delu triptiha bi se specializant bolj posvečal specialnosti, s katero se bo kasneje poglobljeno ukvarjal. Če bi življenje prineslo drugačne zahteve ali odločitve, bi ostala še vedno solidna osnova prvih štirih let, iz katere bi skupaj z izkušnjami lahko kasneje prešel tudi v drugo specializacijo. S tem bi hkrati zagotovili univerzalnost, ki je nujna podlaga za izvajanje dela v dežurni službi in/ali v primeru katastrof. Med člani skupine je bilo jasno in enotno mnenje, da zato potrebujemo osnovno, solidno širino pri vseh specialistih. Tako lahko zagotovimo boljšo pretočnost med oddelki in ustanovami in seveda tudi prehodnost s tujino. Z visoko specializacijo (subsposializacijo?) od začetka se močno zoži pretočnost med bolnišnicami ali med oddelki. Tako je nevrokirurg praktično nezaposljiv, razen na dveh oddelkih v državi. Na drugi strani pa potrebujemo v istem sistemu specialista, ki je ozko usmerjen v rednem delu, v dežurni službi pa široko, tudi v velikih zavodih. Za posamezne specializacije je možna tudi drugačna razdelitev, npr. 2 + 3 + 1, 2 + 4 ali celo 1 + 5. Nekatere specializacije (npr. nevrokirurg, kardiokirurg) potrebujejo bolj specifični pristop že od samega začetka.

Pomembne spremembe so v prvem delu, v skupnem deblu, kjer je zajeto osnovno kirurško znanje s spoznavanjem specifičnega dela v ambulanti, na oddelku in v operacijski dvorani. Izobraževanju so dodani tečajji in delavnice, ki so organizirani za vse specializante centralno, večkrat letno (verjetno dvakrat). Da bi seminarji, delavnice in tečajji zagotovili kakovost v izobraževanju, morajo biti akreditirani s strani Združenja kirurgov Slovenije oziroma po merilih Evropskega združenja zdravnikov specialistov (UEMS). Vsi tečajji, seminarji morajo biti opravljeni pozitivno in so pogoj za nadaljevanje v naslednje dvoletno obdobje. Vsebina ne sme biti odvisna od posamezne klinike ali bolnišnice. Vsi tečajji so za specializante brezplačni oziroma so vključeni v finančni načrt specializiranja (osnovne kirurške tehnike, kirurška anatomija, komunikacija, radiološke metode za kirurge, **Advanced Trauma Life Support – ATLS, Advanced Life Support – ALS ...**). Če nekaterih tečajjev ali delavnic zaradi tehničnih potreb ali specifičnosti ne bi mogli opraviti pri nas, se lahko dogovori za učne centre v sosednjih državah (npr. Zagreb) z domačimi učitelji. Na koncu skupnega debela je izpit, ki je pogoj za nadaljevanje specializacije. Drugi dve leti se nadaljuje v smeri izobraževanja za obvladovanje vseh akutnih stanj, kar bi zagotovilo, da je vsak specializant sposoben samostojno obvladati večino urgence in jo tudi izvajati. S tem bi reševali medsebojno pretočnost med ustanovami in imeli potrjeno, da lahko specialist v dežurstvu pokriva zelo široko področje. Sočasno se razvija tudi kot operater na ostalih delih operative,

ki je predpisana. Drugo deblo se prav tako zaključuje z drugim rigorozom, ki je lahko deloma tudi pisni. Kandidat mora imeti opravljeno določeno število urgentnih posegov, saj le tako lahko zahtevamo, da po štirih letih postaja samostojen specializant. Z zaključkom prvih dveh tretjin je samostojen pri delu v urgentni ambulanti in pri izvajanju vsaj osnovnih, pogostejših posegov (npr. apendektomija, enostavne osteosinteze). Kljub temu znanju, drugemu opravljenemu rigorozu in večji samostojnosti pa ostaja specializant z omejeno odgovornostjo. Ravno tako po štirih letih ne more prekiniti specializacije in zgolj na tem nivoju nadaljevati svojega dela. Zadnji dve leti sta namenjeni v usmeritev h kasnejšemu rednemu delu. V tem delu se oblikuje teoretična in praktična podlaga za dokončno izoblikovanje strokovne celote mladega specialista. Tako bi v teh dveh letih specializant že prevzemal tudi vlogo učitelja mlajšim kolegom, posebej v prvem delu, skupnem deblu. Nekatere posege opravi že kot asistent, da ob tem uči mlajšega kolega. Svojo željo po aktivnem spremljanju svojega dela dokaže s prispevkom na domačem ali tujem kongresu ali reviji, ki je hkrati zahteva oziroma pogoj za pristop k izpitu. Na izpitu (podoben sedanjemu) mora prikazati večino kompetenc, ki se od specialista kirurga pričakujejo. K izpitu lahko pristopi šele ko opravi vse (!) predpisane operacije. Zadnji dve leti bi bili nekakšna subspecializacija (po starem razumevanju) in v to smer je naravnani učni program. Seveda se nekateri učni programi v zadnji tretjini prekrivajo, glavnina pa je seveda usmerjena v specialno smer. Gre za ravnotežje splošnosti in specialnosti, zato bi po zaključku specializacije dobil naziv npr. specialist splošne in abdominalne kirurgije, ali specialist splošne kirurgije in travmatologije, ali splošne in vaskularne kirurgije ...

Operacije, ki jih mora opraviti specializant, so razdeljena na več nivojev izvedbe. Možno je uporabiti nizozemski model, ki razdeljuje operativni poseg v več delov in za vsak del definira, v katerem časovnem obdobju naj ima specializant nivo znanj, izkušenj in samostojnosti. Gre za petstopenjsko delitev (tabela). Tako bomo označili vse zahtevane operacije, ki bodo predpisane v učnem programu, in definirali, kdaj se mora zgoditi posamezni preskok iz enega nivoja izvedbe v drugega. Osnovne operacije, ki naj bi jih specializant znal po štirih letih, bi v zadnjem delu opravljal kot nadzornik oziroma kot asistent.

Vloga mentorjev bo postala pomembnejša, predvsem v delu, ko se bo ocenjevalo, kakšen je razvoj znanja in izkušenosti specializanta. Potrebno bo nadgraditi elektronski list specializanta, ki bo vseboval potrebne zahteve za rigoroz, kot tudi ocene uspešnosti specializanta. Na primer po nekajmesečnem kroženju na urologiji neposredni mentor opredeli, ali je specializant dosegel predpisani nivo za predpisano operacijo ali ne. Ni smiselno, da se specializacija nadaljuje, če specializant ne dosega minimalnih zahtev. Tako se ne bi ocenjevalo zgolj, da je opravil posamezno operacijo, z da/ne oziroma s številom operacij, ampak bolj natančno. Opisoval se bo napredek specializanta, tako na področju kirurških veščin kot ostalih pomembnih kompetenc. Funkcija specializantov se ravno tako spreminja. Iz pasivnih

Oznaka	Nivo izvedbe	Specializacija v letih
A	ima teoretično znanje	1– 5
B	izvaja pod strogo supervizijo	1– 4
C	izvaja pod omejeno supervizijo	1–6
D	izvaja brez supervizije	3–6
E	uči in je supervizor	5–6

Nivo izvedbe posameznih procedur (operacij) in vloga specializanta v njej glede na čas specializiranja

spremljevalcev in velikokrat zgolj medicinsko-administrativnih pisateljev se spreminjajo v aktivnejše sodelavce. Brez izpolnjenih in potrjenih opravljenih posegov specializant ne bo mogel nadaljevati specializacije. Pred seboj bo imel težjo nalogo kot danes. In moral bo biti aktivnejši. Za prehod iz enega v drugi del triptiha je nujno opravljeno celotno število posegov. Dokler to ni opravljeno, ni moč nadaljevati specializacije. Tako se lahko nekaterim, manj zagnanim specializacijam podaljša. Višja odgovornost bo silila specializanta v boljše komunikacijo z glavnimi mentorji in povečevala tudi odgovornost neposrednih mentorjev.

Preнове specializacij se dogajajo po več državah v Evropi in svetu. Z našimi težavami in izkušnjami nismo sami. Vsi čutimo, da so spremembe potrebne. Če spreminjamo, poskusimo na bolje. Verjamem, da bo zapisano vzpodbudilo razmišljanje, mogoče tudi kakšen zapis. Na 5. kirurškem kongresu v Kranjski Gori, ki bo novembra letos, pa bomo predlog v popolni obliki podrobneje predstavili vsem.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Spoštovani bralci in avtorji prispevkov,

naslednja številka revije Isis bo izšla 1. oktobra, v septembru revija ne izide. Prispevke za oktobrsko številko bomo zbirali do ponedeljka, 6. septembra, na elektronski naslov uredništva: isis@zzs-mcs.si

Vsa sporočila bomo potrdili s povratno pošto. V kolikor od nas ne prejmete potrdila o prejeti elektronski pošti, vljudno prosimo, da nas pokličete (01 30 72 152) ali ponovno pošljete prispevek.

Uredništvo

Kako preko strategij javnega zdravja ter »okolja in zdravja« do dobrega zakona o zdravstveni dejavnosti

Marko Vudrag

Uvod

S postopkom sprejemanja novega Zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZD) se je pred odstopom ministra za zdravje zelo hitelo. Proces so pripeljali do krčevite faze, v kateri je veljal slogan: Zakon bo ali pa mene ne bo (izjava takratnega ministra). Tudi zaradi tega imajo del socialnih partnerjev ter mnogi izmed slovenskih mislecev, mnenjskih voditeljev, razumnikov, avtoritet in vse tja do različnih predstavnikov civilne družbe resne pomisleke o potrebnosti in smiselnosti sprejetja tako »tektonskega« predpisa, ne da bi bile zagotovljene vse podlage za to. Bolj običajni in realni pomisleki obsegajo teze, da ni mreže, da ni standardov in normativov, kadrov, pri tistih, ki so doma v strategijah, pa velja, da bi bilo boljše najprej sprejeti druga dva zakona: tistega o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, predvsem pa urediti in redefinirati zakon o zavodih.

Čeprav je slednji v prvih letih po osamosvojitvi Slovenije uredil sila pomembno družbeno vprašanje, to je vprašanje lastnine, je hkrati povzročil nepopravljivo škodo. S poddržavljenjem različnih institucij in zavodov je prišlo do statusne degradacije in politizacije strok(e). Hkrati sta se razbohotila dva družbena regulatorja: država in trg, medtem ko njihovega mediatorja in kontrolorja, civilne družbe, ni (še) od nikoder. Med vodilno elito se večinoma povečuje uvedba tržne ekonomije, tudi v zdravstvo, drugi so strogo proti, da tega ne gre uvajati »počez«, vsaj v zdravstvene institucije ne, kajti vse na tem svetu bo postalo blago, človekovo zdravje pa se ne da graditi na tržni podlagi. Primer: najbogatejša in najmočnejša država na svetu, ZDA, ima ob tržni ureditvi zdravstva najdražji, najmanj učinkovit in do popolnosti nesocialen zdravstveni sistem na svetu, ki ga zdaj skušajo reformirati brez približne vednosti o morebitnem uspešnem zaključku reforme. Deregulacija (trg) naredi zdravstveni sistem neučinkovit in drag, poudari neenakosti in vodi k podpovprečni oskrbi (poročilo Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) – 2008). Na Švedskem (tudi na Danskem, Norveškem in v Angliji) je sistem zdravstvenega varstva in zavarovanja državna skrb in velja koncept pozitivne socialne blaginje, kar ne terja več denarja, temveč bolj sodelovanje vseh deležnikov v

družbi, medtem ko naj bi v Nemčiji, Franciji ali pa v Sloveniji veljal solidarnostni sistem socialnega zavarovanja in na njem zgrajen zdravstveni sistem.

Zdi se, da bomo v bližnji prihodnosti v Sloveniji o ohranitvi tega sistema samo sanjali, ker so si politične elite in stranke v tem tranzicijskem času ustvarile takšno moč, postale neodvisne od volivcev, tako da je namen prirejanja socialnega in zdravstvenega varstva po njihovi meri (trgu) nekaj povsem pričakovanega. To je logično pričakovati v družbi, v kateri je aroganca visokih državnih uslužbencev nekaj povsem vsakdanjega, odgovarjanje na zastavljena vprašanja upraviteljev in servisiranje družbe pa čedalje bolj šibko. Dokaz je tudi slabljenje socialnega dialoga, s tem pa je preprečena in onemogočena iniciativa najširših množic, kar vodi v nazadovanje družbe *sui generis*. V takšni situaciji in družbi bi kazalo še enkrat premisliti o hitenju s tem zakonom.

Razprava

ZZD je pomemben zakon in bi bilo boljše, da takšen predlog ne bi bil sprejet, saj v svojih temeljih nima zajete strategije novega **koncepta** – »zdravje v vseh politikah«. Novi koncept izhaja iz hipoteze, da neenakosti v zdravju in socialnoekonomске neenakosti predstavljajo največji izziv zdravstvenih politik po vsem svetu. Neenakosti nastajajo tudi zaradi hitrih in globalnih sprememb, ki delujejo kompleksno, tako da ustvarijo neravnovesja tudi v zdravju. Poleg tega ugotavljamo, da slovenski zdravstveni sistem sam, z nekoliko zapostavljeno javno zdravstveno infrastrukturo in nezadostnimi izobraževalnimi programi, ni več sposoben zagotoviti dobrega zdravja.

Kot neenakosti v zdravju se štejejo neenakosti v nekaterih zdravstvenih kazalcih med skupinami prebivalstva (umrljivost, obolevnost, življenjski slog, dostopnost zdravstvenih storitev...), ki sicer temeljijo na bioloških, družbenih, gospodarskih in geografskih značilnostih. Prav tako je dokazana povezava med socialno-ekonomskimi dejavniki, kot so revščina, stanovanjske razmere, izobrazba itd., in zdravjem (Belevič B, Buzeti T et al. 2005). Zato bo nujno izbrati »zdravje v vseh politikah« (nov **koncept**) za odpravljanje javnozdravstvenih problemov, saj ta pristop gradi

na trajnostnem razvoju skozi »politično razumevanje« zdravja, ker je ekonomski in družbeni razvoj predpogoj za izboljšanje zdravja in obratno, zdravje je ključno za doseganje ekonomskega in družbenega napredka.

Javnozdravstveni vidik strategije

Ureditev preventive in promocije zdravja kot dela celokupnega sistema zdravstvenega varstva (javno zdravje – JZ; Public Health) je takšna, da Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (IVZRS) opravlja predvsem strokovno-metodološke, koordinativne in specializirane naloge na državni ravni, regionalni Zavodi za zdravstveno varstvo (ZZV) pa predvsem operativne naloge znotraj sedanjih devetih regij. Opravljajo torej organizacijsko, programsko in vsebinsko več med seboj dopolnjujočih se dejavnosti na regionalni ravni in se na ta način vključujejo v nacionalni zdravstveni program. Glavni aktivnosti JZ sta torej spremljanje in proučevanje zdravstvenega stanja in zdravstvenih potreb prebivalstva, tudi s pomočjo zdravstvene ekonomike. Te ustanove so ustanovljene zaradi interesa države, da bi imela čim bolj zdrave državljane, oz. imajo namen, da na znanstveno-medicinski osnovi obravnavajo in razrešujejo probleme s področja socialne medicine, epidemiologije nalezljivih bolezni, higiene in zdravstvene ekologije. Šele na podlagi izsledkov teh preučevanj in spremljanj se lahko planira primerna zdravstvena politika v smislu varovanja in krepitev zdravja splošne populacije. Drugače povedano, JZ lahko opredelimo kot splošni javni interes oz. kot »kolektivno delovanje za trajno izboljšanje zdravja celotne populacije«, kjer so odločitve posameznikov o zdravju pomembne, odgovornosti družbene skupnosti (vladnega in občinskih nivojev), da ščitijo in izboljšujejo zdravje vseh državljanov oziroma celotne populacije, pa odločilne.

Strategija razvoja varovanja zdravja na lokalni ravni naj bi temeljila na dolgoletni organizirani skrbi za boljše zdravje občanov skozi osnovno (primarno) zdravstveno varstvo s predpogojem aktivnega delovanja in soodločanja lokalne skupnosti. Vse skupaj temelji na osnovnih načelih delovanja zdravstvenega varstva, prvič zapisanih v »Deklaraciji o primarnem zdravstvenem varstvu« iz Alma-Ate (1978). Žagovarja se vključenost lokalne skupnosti v odločanje, univerzalni pristop do primarnega zdravstvenega varstva za vse ljudi in multisektorsko sodelovanje. Iz te strategije izhaja tudi »Ljubljanska listina« (1996), ugleden mednarodni dokument, ki ga slovenski zdravniki in slovensko zdravstvo malo pozna(mo). V listini so zapisana sodobna in bistvena načela za oblikovanje strategije osnovnega zdravstvenega varstva, tudi na lokalni (občinski) ravni. Ta načela so:

- spoštovanje vrednot, kot so človeško dostojanstvo, pravičnost, solidarnost in etika;
- usmeritev v varovanje in promocijo zdravja;
- upoštevanje potreb ljudi glede zdravja in zdravstvenega varstva;
- upoštevanje vpliva ljudi na načrtovanje in delovanje zdravstvene službe;
- izboljšanje kakovosti zdravstvenega varstva in stroškovna učinkovitost;
- organiziranje splošnega zdravstvenega zavarovanja in pravičnega dostopa do zdravstvenih storitev;
- krepitev koncepta osnovnega (primarnega) zdravstvenega varstva.

Strategija je lahko uspešna, če izhaja iz teze, da lahko le zdravo prebivalstvo uresniči zastavljene socialne in ekonomske cilje blagostanja, solidarnosti in varnosti, ki so zapisani v dokumentu Evropskega parlamenta A6-0086/2005 – »Poročilo o modernizaciji socialnega varstva in razvoja kakovostnega sistema zdravstvenega varstva«. Zdravje torej ključno vpliva na produktivnost ljudi in s tem povečuje blagostanje in kakovost življenja. Z zmanjšanjem neenakosti v zdravju, doživetjem pričakovane življenjske dobe in z zagotavljanjem kakovostnega zdravstvenega varstva lahko vplivamo na solidarnost in večjo kohezivnost prebivalstva. Tudi zato, ker sam zdravstveni sektor ne more zagotoviti želene kakovosti življenja in dobrega zdravja, je nastala »Veronska pobuda« (The Verona Initiative), kot odziv SZO na nove nacionalne usmeritve razvitih držav, na ekonomske in socialne razmere, na demografske in okoljske spremembe ter na hiter razvoj tehnologij. Dokumenta SZO »Zdravje za vse« in »Zdravje za 21. stoletje«, iz katerih izhaja Veronska pobuda, poudarjata pomembnost vpliva ekonomskih in družbenih dejavnikov na zdravje in obratno. Naj naložbe v zdravje torej ne bodo več priložnost ali možnost, temveč nuja sleherne družbenopolitične odločitve.

V dosedanji slovenski nacionalni zdravstveni zakonodaji je bilo možno najti dobre iztočnice za sodobno in razvojno naravnano zakonodajo, tudi za lokalno raven. Med šestimi prednostnimi cilji »starega« Nacionalnega programa zdravstvenega varstva (do leta 2004) omenimo vsaj dva: »oblikovanje politike varovanja zdravja« in »kakovostno življenjsko okolje«. Pri slednjem gre za vzpostavitev informacijskega sistema spremljanja zdravstveno-ekoloških razmer, ugotavljanje onesnaženosti elementov življenjskega okolja (zrak, voda, živila ...) in na podlagi tega pripravo ter izvajanje nacionalnega in lokalnih akcijskih planov za okolje in zdravje – LEHAP (local environmental and health action plans). Naj posebej poudarimo pomen, ki ga je imel četrti prednostni cilj (kakovostno življenjsko okolje). Ukrepi za doseg četrtega cilja bi morali biti načrtovani in uresničevani po priporočilih SZO, ki so zajeta v »Evropski – Frankfurtski listini o življenjskem okolju« (1989) ter »Helsinški listini« (1994) in »Londonski deklaraciji o okolju in zdravju« (1999), saj jih je Slovenija sprejela in podpisala.

Čas je torej, da se prične izvajati, kar je obvezujoče in že več kot 20 let zapisano v pomembnih evropskih dokumentih. Prav zato je ob snovanju strategije zdravstvenega varstva na regionalnih in občinskih ravneh treba določiti poseben pristop in orodja pri obravnavi **zdravstvenih in okoljskih problemov**. Izhodišči za dobro **zdravstvo** sta:

- nacionalni program zdravstvenega varstva in regionalna organiziranost zdravstva,

- obvezna vključitev zdravstva v razvojne načrte (programme), kar tudi zagotavlja doseg glavnega cilja (**čim višja kakovost zdravja**) in podrejenih ciljev:
- upoštevanje kakovosti zdravja kot determinante in kazalca družbenega razvoja,
- odpravljanje razlik v kakovosti zdravja in zdravstvenem varstvu na regionalni ravni.

Zdravstvo je treba obravnavati in varovati še na dveh ravneh:

- kot predmet razvoja,
- kot interesno področje gospodarskega razvoja.

Orodja za praktično delo so predvsem:

- izdelava analiz stanja zdravja in organiziranosti zdravstvenega varstva, določitev razvojnih ciljev in prioritet, izdelava razvojnih zdravstvenih programov;
- analiza in presoja razvojnih programov, ki povejo, koliko predvidena razvojna strategija omogoča absolutno izboljšanje zdravja;
- strateška presoja vplivov na zdravje. Predmet te presoje so vsi družbeni razvojni programi, ki bi lahko vplivali na zdravje. Presoja je lahko sestavina strateških presoj vplivov na okolje (SPVO);
- integracija zdravstvenih, okoljskih in gospodarskih analiz in izdelava ustreznih matric interakcij;
- sprejemljivost razvojnega koncepta naj bo pogojena z rezultati presoj vplivov na zdravje.

Obveznost obravnave **okoljskih problemov** in vključitev izsledkov v razvojne načrte in programe poznamo že od sprejema ameriškega zakona o okoljski politiki iz leta 1970¹. Ta je predpisal tudi obveznost izdelave ocen vplivov na okolje. Evropska unija je eksplicitno zahtevo po okoljski presoji razvojnih planov postavila v regulativo o strukturnih skladih. Obstaja posebna Direktiva o strateških presojah vplivov na okolje (SEA – Strategic Environmental Assessment) in še množica drugih navodil, na podlagi katerih sledijo posamezni prednostni sklopi. Izhodišči za »dobro« **okolje** sta:

- NPVO – Nacionalni program varstva okolja RS,
- lokalna agenda 21 in drugi strateški dokumenti razvoja občin oziroma,

kar skupnosti tudi zagotavlja doseg glavnega cilja (**čim višja kakovost okolja**) in podrejenih ciljev:

- upoštevanje kakovosti okolja kot determinante družbenega razvoja,
- odpravljanje razlik v kakovosti ter upravljanje in raba okolja na regionalni ravni.

Okolje je treba obravnavati (varovati) še na dveh ravneh:

- kot predmet razvoja,

- kot interesno področje gospodarskega razvoja.

Orodja za praktično delo so predvsem:

- izdelava analiz prednosti in pomanjkljivosti ter priložnosti in nevarnosti za področje okolja. Gre torej za neke vrste analizo SWOT², ki naj bi identificirala komponente okolja, ki so lahko bodisi predmet razvoja, opora gospodarskemu razvoju ali omejitveni dejavnik;
- integracija okoljske in gospodarske analize SWOT. Pri-merjati je treba posamezne prednosti in pomanjkljivosti ter priložnosti in slabosti. Podrobnejša navodila so v referenci³;
- analiza razvojnega modela in predlaganih razvojnih ukrepov z uporabo specifičnih okoljskih kriterijev. Opraviti je treba presojo, koliko predvidena razvojna strategija omogoča absolutno zmanjševanje obremenjevanja okolja, koliko je skladna s čim manjšo rabo naravnih virov in koliko je učinkovita z vidika specifičnega zmanjševanja onesnaževanja in emisij;
- sprejemljivost razvojnega koncepta naj bo rezultat SPVO – z vidika okolja in zdravja.

Mreža javne zdravstvene službe

Predlog ZZZD govori o **mreži javne zdravstvene službe** in jo postavlja brez ekspertne analize obstoječega zdravstvenega stanja in zdravstvenih potreb prebivalcev lokalne in regionalne skupnosti, kar v primeru sprejetja zakona utegne povzročiti dolgoročno družbeno škodo. Šele na podlagi analiz bo možno pripraviti ustrezne predpise za lokalno (ali regionalno) skupnost ter sprejeti **lokalne akcijske plane za okolje in zdravje (LE-HAP)** in seveda **mrežo javne zdravstvene službe na lokalni ravni**. Tovrstne analize in projekti morajo zajeti:

- velikost in specifičnosti prebivalstva,
- vplive družbenoekonomskih sprememb zadnjih 15 let,
- ugotovitve zdravstvenih potreb prebivalcev lokalne skupnosti,
- analizo zdravstvenega stanja prebivalcev lokalne skupnosti (demografski in socialnoekonomski kazalniki, umrljivost, obolenost, kronične nenalezljive bolezni, absentizem),
- ugotovitve o organiziranosti javnega zdravstvenega varstva – posamezne službe znotraj primarnega zdravstvenega varstva,
- tranzicijo v zdravstvu,
- javno-zasebni sistem neprofitnega sofinanciranja.

Šele izhajajoče iz ugotovljenih zdravstvenih potreb prebivalcev v primerjavi z družbenimi zmožnostmi je možno določiti pravičen, socialno-solidaren in vzdržen obseg pravic. Z vidika ustanoviteljskih pravic in obveznosti je dosedanja operativna ureditev organiziranosti zdravstvenih institucij ustrezna, tako za sedanje kot tudi za bodoče občine znotraj regij. Razen

² SWOT je akronim za angleške besede strengths, weaknesses, opportunities, threats, pomeni pa analizo prednosti, pomanjkljivosti, priložnosti in nevarnosti.

³ European Commission, DG XVI, regional Policy and Cohesion (1999) Environment and Sustainable Development, A guide for the ex-ante evaluation of the environmental impact of regional development programmes.

¹ NEPA – National Environmental Policy Act (1970) 42 USC § 4321–4370.

izboljšanja kakovosti in ekonomike storitev, ki jih je deloma možno regulirati tudi s pravnjo količino podeljenih koncesij, ni potrebnih po večjih statusnih spremembah. Občine bi še naprej skrbele za potrebe svojih prebivalcev na področju osnovnega zdravstvenega varstva in lekarniške dejavnosti, z nujno potrebnim izboljšanjem dosedanjih in razvijanjem novih storitev na tem področju. Regije bi lahko prevzele ustanoviteljske pravice in obveznosti na sekundarni in terciarni ravni v celotnem sistemu zdravstvenega varstva (bolnišnice, inštituti...).

Glede na to, da zdravje ni in nikdar ne sme postati dobrina na trgu, je teza o uvajanju kapitalških in profitnih interesov zasebne lastnine v zdravstveni sistem, razvijajoča se v (elitnem) delu slovenske družbe, zelo vprašljiva in nevarna. Uvedba takšnih sprememb bi direktno zadevala zdravstveno varnost splošne populacije oz. dostopnost zdravstvenih storitev. Redistribucija bogastva in lastnine vedno do neke mere generira revščino, kar za nekatere pomeni tudi potencialno nezmožnost dostopa do zdravstvenih storitev oz. do zdravja kot takega. Kot primer navedimo ponujanje »novih« zdravstveno-zavarovalniških produktov nekaterih zavarovalnic, ki silijo na področje že zavarovanih in opredeljenih pravic, kar je nevaren precedens. Z uresničitvijo te ideje bi se vrata v neenakost in nesocialno državo na široko odprla. Ideja prikrito uvaja vsebinsko diskriminatorne ponudbe s tendenco vzpostavitve paralelnega sistema dostopnosti do zdravstvenih storitev samo za premožne. Redni, četudi na čakalnih listah obstoječ in veljavni sistem dostopnosti do zdravstvenih storitev bi se na ta način razrahljal in podrl z nepopravljivimi posledicami za diskriminirane – manj premožne, kar je pravzaprav večina slovenskega prebivalstva.

To ne pomeni, da je javno-zasebni sistem financiranja nezaželen ali pa nemogoč. Je pa res, da tudi v najbolj demokratično in kapitalsko razvitih državah Zahodne Evrope ni zdravstvenih ustanov ali bolnišnic, ki so izključno profitno naravnane. Država (ali družba) izgubi atribut pravičnosti, če ima za edina veličastna cilja trg in varovanje zasebne lastnine. Socialna država in socialna pravičnost sta, dolgoročno gledano, nad interesi ekonomske uspešnosti nekaterih posameznikov, zlasti z vidika zdravja posameznika in splošne populacije.

Zaključki

Za implementiranje smernic (resolucij in strategij) nacionalne politike varovanja in krepitev zdravja v Sloveniji je izrednega pomena vzpostavitev lokalnih mrež, preko katerih se bodo lahko izvajali akcijski načrti strokovnih skupin ter osveščanje javnosti. To bo ključnega pomena za izvedbo projekta reforme zdravstvenega sistema. Le osveščanje splošne populacije bo privedlo do aktivne udeležbe pri družbenopolitičnih odločitvah, ki morajo v sebi imeti implementirano zdravje. Na ta način se bo prišlo do boljšega zdravja ter zmanjševanja pritiska na proračun in na sredstva zdravstvene zavarovalnice.

Zato bi temeljni predpogoj ZZD moral biti načrtovanje novega **koncepta** pod geslom »zdravje v vseh politikah«, kjer bi se upoštevalo:

- velike družbeno-ekonomsko-politične spremembe,
- naravne in okoljske spremembe,
- demografske in zdravstvene spremembe.

To bo politika in strategija v smeri zmanjševanja neenakosti v zdravju, predlog novega ZZD pa tega večinoma ne vsebuje.

Protipravnost, privolitev in ali je zdravljenje res kaznivo dejanje?

Peter Golob

*[... naklepna povzročitev hude ali posebno hude telesne poškodbe pri zdravljenju ali zdravilski dejavnosti ni protipravna, če je bila **privolitev** dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon.]*

Uvod

Novi Kazenski zakonik (KZ-1)¹ prinaša vsaj dve za zdravnika pomembni spremembi. KZ-1 je jasno določil, da nekatera dejanja niso protipravna, če vanje privoli oškodovanec in z dejanjem niso bile prizadete koristi koga drugega ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota.² S tem je bila v Sloveniji uzakonjena delitev kazenskopravnih dobrin na splošne in nerazpoložljive ter osebne in

(omejeno) razpoložljive.³ Tako po KZ-1 o protipravnosti telesne poškodbe – s tem da v povzročitev telesne poškodbe privoli ali ne – odloča oškodovanec s svojo subjektivno presojo poškodovanja te kazenskopravne dobrine. Poleg tega je KZ-1 izrecno opredelil, da je tudi povzročitev telesne poškodbe v okviru zdravljenja protipravna, če ni pokrita z veljavno privolitvijo.⁴ Ob takšni zakonski ureditvi si lahko zastavimo vsaj dve vprašanji. Prvo je vprašanje odnosa kazenskega prava do dejanj z namenom zdravljenja. Ali kazenskopravna analiza dejanj z namenom zdravljenja – po novem – mora, lahko, ali sploh sme upoštevati namen zdravljenja pri izključevanju kaznivosti teh dejanj? Pri tem se izrecno omejujem samo na dejanja, ki so popolnoma *lege artis*. Gre torej za vprašanje samostojne vrednosti zdravljenja oziroma zdravja mimo ali celo

1 KZ-1, Ur. l. RS 5/2008, in KZ-1A, Ur. l. RS 93/2009.

2 125. člen KZ-1.

3 Več o splošnih in osebnih ter razpoložljivih in nerazpoložljivih kazenskopravnih dobrinah v Korošec D. 2004, predvsem str. 52–74.

4 3. odstavek 125. člena KZ-1

nasproti volji zdravljenege. Drugo vprašanje že deloma ponuja odgovor na prvo in se glasi, kako privolitev oškodovanca vpliva na kaznivost dejanj z namenom zdravljenja in kje so pasti privolitve pacienta, ali specifično slovenske pasti privolitve pacienta, v zdravljenje s stališča zdravnika in za bolnika. Tema dvema bi lahko dodali še mobilizacijsko vprašanje: ali je torej zdravljenje po novem kaznivo dejanje?

O protipravnosti

Novi Kazenski zakonik (KZ-1) je bil sprejet v klimi strokovnih⁵ in splošnih polemik, ki so zajemale tako posebni kot splošni del zakonika. Splošni del kazenskega zakonika je duša materialnega kazenskega prava, podlaga za analizo dejanj, storilcev in njihovega odnosa do dejanj ter za odmero kazni za vsa kazniva dejanja. Slovensko kazensko pravo pozna trodelnost splošnega pojma kaznivega dejanja.⁶ Da je dejanje kaznivo, mora izpolnjevati tri elemente kaznivega dejanja. Dejanje je kaznivo, če izpolnjuje bit kaznivega dejanja, je protipravno in obstaja kazenska odgovornost storilca. Izpolnjevanje biti kaznivega dejanja je v večini primerov jasno. Življenjska zgodba se mora pokrivati z opisom dejanja v posebnem delu kazenskega zakonika. Protipravnost in kazenska odgovornost sta instituta splošnega dela kazenskega zakonika. Za potrebe tega prispevka se bom omejil le na protipravnost, saj ta vzbuja največ vznemirjenja pri razumevanju položaja zdravnika v zvezi s splošnim kaznivim dejanjem⁷ povzročitve telesne poškodbe po KZ-1. **Protipravnost** je očitek ravnanju, ki objektivno nasprotuje pravni normi, da nasprotuje tudi pravu kot sistemu norm in vrednot v celoti in je zato zavržno. V vseh primerih, ko je protipravnost izključena, o kaznivosti dejanja ne moremo govoriti, čeprav dejanje ustreza biti kaznivega dejanja, torej opisu dejanja v posebnem delu kazenskega zakonika. Vsa v posebnem delu veljavnega kazenskega zakonika izrecno naštetja in opisana in samo ta dejanja so kazniva in nosijo s seboj apriorno protipravnost. V določenih okoliščinah ali zaradi določenih pogojev in vedno izjemoma je protipravnost lahko izključena in s tem dejanje ni kaznivo.

Pogled v stari Kazenski zakonik (KZ)⁸ pokaže, da je dejanje povzročitve telesne poškodbe kaznivo. Odsotnost določila o izključitvi protipravnosti povzročitve telesne poškodbe s privolitvijo, kot ga pozna 125. člen KZ-1, bi vodila v sklep, da je vsaka povzročitev telesne poškodbe pred KZ-1 končala na sodišču. Zakaj torej državna tožilka ni preganjala boksarja, ki je nasprotniku povzročil telesno poškodbo? Oškodovanec v kazenskem

pravu ne more razpolagati z bitjo kaznivega dejanja, je pa še pred uveljavitvijo KZ-1 v kazenskopravni teoriji (ne pa zapisano v kazenskem zakoniku) veljalo, da v omejenem obsegu in le določena ravnanja niso kazniva zaradi izključenosti protipravnosti.⁹ Lahko bi rekli, da sta boksarja z registracijo pri boksarski zvezi in s prijavo na boksarsko tekmovanje pristala na telesno poškodovanje v skladu s pravili igre v boks. Tega za povzročitev enakih poškodb zunaj ringa in med naključnima dvobojevalcema pred diskoteko ne moremo reči. Zato so ti dvoboji končali vsaj na mizi državne tožilke.¹⁰ KZ-1 je jasno določil, da je prav **privolitev** tista, ki bo – po izrecni volji oškodovanca in zaradi izključenosti protipravnosti – pri kaznivem dejanju povzročitve telesne poškodbe odvrnila državno tožilko od pregona domnevnega povzročitelja kaznivega dejanja. Dosedanje tožilsko »toleriranje«¹¹ dejanj, ki so izpolnjevala bit kaznivega dejanja in so implicirala privolitev oškodovanca, je postalo, vsaj za kaznivo dejanje povzročitve telesne poškodbe, s KZ-1 jasna norma. Tudi za pretepače pred diskoteko.¹¹

Problem – se zdi – nastopi, ker slovenska kazenskopravna teorija pred KZ-1 za izključevanja kaznivosti telesnih poškodb v medicini ni opravičevala s privolitvijo pacienta, ampak z družbeno koristnostjo medicinskih posegov,¹² vsaj tistih z namenom zdravljenja. Družbena koristnost ne govori kot privolitev o razpolaganju pacienta z neko osebno kazenskopravno dobrino, ampak o razpolaganju družbe v celoti ali v našem primeru določene družbene/poklicne skupine s kazenskopravno dobrino. Ta trditev je upravičena, saj v kontekstu družbene koristnosti o kaznivosti ravnanja odloča le (ne)skladnost ravnanja s pravili stroke, pravila pa določa stroka sama. Takšna ureditev zanika osebno vrednost kazenskopravne dobrine (npr. telesne celovitosti) ali vsaj podreja njeno osebno vrednost neki splošni. Nekaznivost ene vrste ravnanj zato, ker storilec pripada določeni družbeni/poklicni skupini in/ali ker ima/naj bi imel rezultat njegovega ravnanja nek širši družbeni pomen, spominja na raskolnikansko paradigmo,¹³ ki lahko hitro postane past, če izključitev kaznivosti ni zapisana tudi v zakonu. Ne glede na to, ali imamo zdravstvene posege za same po sebi družbeno koristne ali ne, verjetno ni sporno, da imajo določena ravnanja v medicini za posledico telesne poškodbe, in tudi ne, da te poškodbe pacienti sprejemajo.

Zdravniki praviloma vemo, zakaj bi pacienti morali takšne poškodbe sprejemati. Bolj je vprašljivo, zakaj pacienti te poškodbe sprejemajo. Ne verjamem, da je v večini primerov moč trditi, da

5 Kritika načina spreminjanja kazenske zakonodaje z (ne)argumentom primerjalnega prava je dobro podana v članku Ambrož M.

6 Takšen teoretični pristop je identičen nemškemu. Nova ureditev izključitve protipravnosti kaznivega dejanja pa je res še korak bolj v smer »zoprne«⁶ nemške sistematičnosti. Ob tem morda bolj kot nemška sistematičnost moti slovenska usmerjenost na zdravniško napako kot primarno kaznivo dejanje (nemški model) in ne na zdravniško napako kot primarno odškodninsko kategorijo (anglo-ameriški model).

7 Poleg splošnih kaznivih dejanj, ki jih lahko stori kdorkoli, poznamo tudi posebna kazniva dejanja, ki jih lahko storijo le določene osebe (npr. kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja lahko stori le zdravnik ali drug zdravstveni delavec).

8 Kazenski zakonik (KZ), Ur. l. RS 63/1994, 70/1994, 23/1999, 40/2004, 495/2004-UPB1.

9 O izključitvi protipravnosti pred KZ-1, in sicer ločeno o privolitvi, samopoškodbi in poškodbi v športu (čeprav se zdi, da gre za isto vprašanje – namreč privolitev), v Bavcon L. in Šelih A. str. 201-3.

10 Točnosti na ljubo: nekatera dejanja niso bila odkrita, za nekatera pa je tožilec menil, da niso družbeno nevarna in jih ni preganjal.

11 Primer je anekdotičen in ne pomeni, da s svojim vedenjem pretepača nista kršila kakšne druge norme npr. s področja javnega reda ali da dejanje samo ne pomeni takšnega razpolaganja, ki ni dovoljeno, ker prizadene koristi koga drugega ali ogroža kakšno skupno pravno vrednoto.

12 Tudi v tem primeru utemeljeno zgolj v teoriji kazenskega prava in ne tudi zapisano v splošnem delu KZ. Glej Bavcon L. in Šelih A. str. 203-4.

13 Raskolnikov v Zločinu in kazni F.M. Dostojevskega zastavi tezo, v kateri je določenim dovoljeno storiti naklepno kaznivo dejanje zoper določene druge zaradi specifičnih značilnosti storilcev in žrtev. V razpravi skozi alter ego pa razvije tezo, da so naklepna kazniva dejanja lahko dopustna, če imajo družbeno korist. Na koncu se mu ta logika ne izide.

pacienti sprejemajo telesne poškodbe v procesu zdravljenja kot koristne za družbo, torej kot nekaj družbeno koristnega. Verjamem, da jih praviloma sprejemajo zato, ker jih imajo za sebi koristne ali manjše zlo zanje osebno in ne za družbo. Še manj je verjetno, da se posameznik čuti dolžnega podvreči zdravstvenemu posegu zato, da bi koristil družbi. Na nek način družba celo predvideva, da takšnega čuta ni, saj z zakonom določa pogoje, kdaj je prisilno pridržanje zaradi zdravstvenih razlogov ali celo prisilno zdravljenje dopustno.¹⁴ Izrecno ravnanje proti volji pacienta je sicer korak dlje v smeri stran od avtonomnega odločanja pacienta,¹⁵ kot je ravnanje brez znanega mnenja pacienta, obema pa je skupno neupoštevanje pogleda pacienta na stanje stvari. Pogled pacienta je namreč v bistvu drugačen kot pogled s strani. Prvi pozna le pacientovo (svojo) največjo korist, medtem ko drugi ponuja pacientovo največjo *zdravstveno* korist kot njegovo (in družbeno) največjo korist. Med njima je pomembna vsebinska razlika. Pacientova največja **zdravstvena** korist se oblikuje izven pacienta, je objektivno ugotovljiva, kot znanstveno medicinsko dejstvo. Znanstveno v smislu metodološke gotovosti, ki omogoča preverjanje in oceno pravilnosti sklepanja. Pacientova največja korist pa se oblikuje v pacientu samem in je ugotovljiva samo na podlagi pacientove izjave, je metodološko nejasna, nepreverljiva in subjektivna. Drugače povedano, gre za razliko med tem, da zdravnik že ve, kaj je za pacienta najboljše, in tem, da pacient že ve, kaj je zanj najboljše. To, da zdravnik že ve, kaj je za pacienta najboljše, ta izrazi s tem, da predstavi možnosti zdravljenja. To, da pacient že ve, kaj je zanj najboljše, pa ta izrazi s privolitvijo ali zavrnitvijo zdravljenja.

O privolitvi

Pri privolitvi pacient – v našem primeru oškodovanec zaradi telesne poškodbe – sam izključi protipravnost dejanja tako, da izjavi, da bo dejanje zanj sprejemljivo, da torej vanj privoli. Pomembno je, da privoli veljavno. **Privolitev** je v splošnem veljavna, če je zagotovljena sposobnost, voljnost in zavestnost privolitve. Glede na KZ-1 pa privolitev v telesno poškodbo ni veljavna, če prizadene koristi koga drugega ali ogroža kakšno skupno pravno vrednoto (t.i. omejena razpoložljivost osebne kazensko pravne dobrine).¹⁶ Veljavnost privolitve je zagotovilo naslovljencem, da je bila privolitev podana na način, da jo je moč sprejeti kot objektivno dano (sicer subjektivno sprejeto). Privolitev je enostranska izjava volje in voljnost ali izjava na strani naslovljenca ne vpliva na njen obstoj ali veljavnost.¹⁷ Privolitev enostransko in ne v sporazumu z naslovljencem privolitve odpravlja protipravnost kaznivega dejanja telesne poškodbe po KZ-1.

Po tretjem odstavku 125. člena KZ-1 hude telesne poškodbe pri zdravljenju, ne glede na drugi odstavek istega člena, niso

protipravne,¹⁸ če je privolitev dana v **obliki in ob pogojih**, ki jih določa zakon. KZ-1 se za oceno veljavnosti privolitve (izpolnjevanja oblike in pogojev) ozira na določila izven zakonika.¹⁹ Z uporabo blanketne norme KZ-1 sprejema možnost razvoja pojma privolitve v medicinskem pravu, čeprav na račun načela zakonitosti v kazenskem pravu. Privolitev je bila v Sloveniji na novo ekstenzivno urejena z Zakonom o pacientovih pravicah (ZPacP).²⁰ Poleg ZPacP v Sloveniji to področje urejata še Zakon o duševnem zdravlju in Oviedska konvencija.²¹ Oviedski konvenciji gre posebno mesto, saj ni samo nek tehten, premišljen ... mednarodni dokument, po katerem bi se bilo lepo zgledovati, je mednarodni »zakon« – torej konvencija – in kot taka pogodbenice veže. V Sloveniji je bila uveljavljena še pred ZPacP in ZDZdr.²² Oviedska konvencija – s celim naslovom Konvencija o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) – ni bila sprejeta zato, ker bi pogodbenice razumele biomedicino kot družbeno koristnega pospeševalca človekovih pravic, ampak zato, ker v biomedicini vidijo možnega kršitelja človekovih pravic.²³ V svojem jedru zavrača primat višjega cilja, npr. družbene koristnosti medicinskega poizkusa, nad voljo potencialnega oškodovanca. Namenjena je razvijanju in utrjevanju človekovih pravic pri uporabi biomedicine in hkrati ohranjanju občutka za biomedicinsko stvarnost.

Osredni predpis, ki v Sloveniji ureja vprašanje privolitve v medicinski poseg, je ZPacP. ZPacP pozna več vrst privolitve, tako po obličnostnih zahtevah kot po upravičenih. Ko govorimo o privolitvi, imamo praviloma v mislih pisno **osebno privolitev** v elektiven zdravstveni poseg s povečanim tveganjem (pregovorno v operacijo). Če za tovrstne posege privolitev ni več posebnost in ZPacP uveljavlja primerjalnopravno primeren način varstva avtonomije pacienta v procesu zdravljenja, je vprašanje privolitve za nujne medicinske posege bolj problematično. Okoliščine v primerih, ko je potrebna nujna medicinska pomoč, praviloma onemogočajo zagotavljanje formalizmov, zahtevanih za veljavnost privolitve, zato poznamo posebne ureditve v zvezi s privolitvijo v teh primerih. Za nujno medicinsko pomoč ZPacP določa, da se, če pacient ni sposoben odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, nujna medicinska pomoč opravi brez **njegove** privolitve.²⁴ Gre za vsebinsko prazno določilo. Če pacient ni sposoben

18 Verjetno gre za pomen: [... niso protipravne *le*, ...]. Takšen pomislek naj mi bo dovoljen, saj se je zakonodajalcu (že spet) na več mestih zareklo kot npr., da se kaznuje, kdor komu vzame življenje, ko pa je jasno, da se kaznuje le kdor drugemu vzame življenje, saj samomor ni kazniv.

19 Korošec D. 2008, str. 59.

20 Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP), Ur. l. RS 15/2008.

21 Zakon o ratifikaciji Konvencije o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Konvencija o človekovih pravicah v zvezi z biomedicino) in Dodatnega protokola o preprečevanju kloniranja človeških bitij h Konvenciji o varstvu človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (MVCPB), Ur. l. RS-MP, št. 17/1997.

22 Na podlagi 8. člena Ustave Republike Slovenije (Ur. l. RS 33/1991, 42/1997, 66/2000, 24/2003, 69/2004 in 68/2006) se pri nas ratificirane mednarodne pogodbe uporabljajo neposredno, drugi akti pa morajo biti z njimi in Ustavo usklajeni.

23 Glej preambulo k Oviedski konvenciji.

24 28. člen ZPacP, poudarek P.G.

14 Npr. v Zakonu o nalezljivih boleznih (ZNB-UPB1), Ur. l. RS 33/2006, in Zakonu o duševnem zdravlju (ZDZdr), Ur. l. RS 77/2008.

15 Avtonomija pacienta je v Sloveniji ustavnopravno varovana. Glej tudi Korošec D. 2009, str. 51-2.

16 Vsaj zaradi tega je koncepcija, po kateri bi nekdo privolil v hudo telesno poškodbo z namenom, da se ta konča s smrtjo, protipravna.

17 Tu se izogibam vprašanju bistvene zmote pacienta pri razpolaganju s kazensko pravno dobrino in vlogi zdravnika pri tem.

odločanja o sebi ali ni zmožen izraziti svoje volje, seveda ne more dati veljavne privolitve ali zavrnitve ne za programske in ne za nujne medicinske posege. Za osebe, ki niso sposobne odločanja o sebi ali niso zmožne izraziti svoje volje, privolitev v ali zavrnitev posega podajo nadomestni privoliteltji ali zdravstveni pooblaščenec. **Nadomestna privolitev** je druga vrsta privolitve po ZPacP. Nadomestni privoliteltji ne morejo zavrniti nujne medicinske pomoči.²⁵ To ne pomeni, da v razumnih okoliščinah nadomestnega privoliteltja ali zdravstvenega pooblaščenca ni potrebno vprašati za privolitev na način, da bo ta lahko veljavna. Ker pa v večini nujnih primerov ni mogoče izpolniti pogojev, po katerih bi lahko bodisi pacient sam ali pa nadomestni privoliteltelj veljavno privolil (vprašljiva je vsaj možnost ustrezno izvesti pojasnilo), je potrebno – v odsotnosti uporabnega določila ZPacP – poseči po Ovijski konvenciji. Ta v 8. členu določa, da se, kadar zaradi nujnega stanja ni mogoče dobiti ustrezne²⁶ privolitve, sme takoj opraviti vsak medicinsko potreben poseg v korist posameznika, ki ga to zadeva. Nujno medicinsko pomoč je ob določenih pogojih torej možno zakonito opraviti tudi brez privolitve.²⁷

Kje torej tiči privolitvena past? Privolitvena past tišči pri pacientih, ki po medicinskih kriterijih potrebujejo nujno medicinsko pomoč ali poseg, so sposobni odločiti o sebi in izraziti svojo voljo ter v poseg ne privolijo ali ga celo izrecno odklanjajo. Tako imenovana negativna pravica do zdravstvenega varstva je v Sloveniji človekova pravica,²⁸ pacienta pa je v zdravljenje moč prisiliti le na podlagi zakona.²⁹ Kaj je s privolitveno sposobnostjo pacienta, ki potrebuje nujno medicinsko pomoč, je težavno vprašanje. Za potrebe te razprave domnevam, da pacient privolitveno sposobnost ohrani, tudi ko potrebuje nujno medicinsko pomoč,³⁰ saj bi v nasprotnem primeru bili ponovno pri vprašanjih iz prejšnjega odstavka. Kaj se potem zgodi, ko zaradi slabšanja zdravstvenega stanja pacient, ki je poseg odklonil, izgubi sposobnost odločanja o sebi ali sposobnost izraziti svojo voljo? Upošteva je ZPacP lahko za odklonitve nujne medicinske pomoči odgovorimo le, da če gre za okoliščine, ki jih zajema pravica do upoštevanja vnaprej izražene volje, potem je ukrepanje jasno. Ravnanje mora biti skladno z določili o vnaprej izraženi volji. V odsotnosti drugih določil ZpacP, vezanih na privolitev/zavrnitev v primeru nujne medicinske pomoči, se zdi, da se lahko obrnemo na 8. člen Ovijske konvencije. Vendar Ovijska konvencija ne govori o odklonitvi nujne medicinske pomoči, temveč o okoliščinah, ko zaradi nujnega stanja ustrezne privolitve/zavrnitve sploh ni moč pridobiti. S tem trčimo ob meje privolitvene teorije v slovenskem prostoru, pa tudi širše, in se pravna analiza vprašanja nevarno preliva v moralno. Zdrs v interpretaciji je neizbežen, zato bom na tem mestu namerno pragmatičen in ne analitičen. Osebnostna celovitost zajema tudi pravice v zvezi z razumevanjem teka

svojega življenja, kar do neke mere potrjuje tudi kazensko pravo, ki ne pozna kaznivosti poskusa samomora. Vseeno pa menim, da trenutna zakonodaja ne dopušča koncepcije, po kateri bi zdravnik pacienta, ki je sposoben odklonil nujno medicinsko pomoč, kasneje pa mu zaradi poslabšanja grozi smrt, pustil umreti. Še vedno bo za zdravnika imperativ rešiti življenje.³¹ Pa četudi za ceno telesne poškodbe in mimo privolitve. Še toliko bolj, ker v nasprotnem zdravniku grozi bistveno verjetnejša ovadba za kaznivo dejanje opustitve zdravstvene pomoči.³² In čeprav na prvi pogled neživljenjsko togo, tudi kazensko pravo pozna zdrav razum. V kazenskem pravu namreč privolitev ni edina okoliščina, ki izključuje kaznivost. Ko gre za kolizijo dveh pravnih vrednot, v kazenskem pravu za manjše zlo lahko najdemo opravičilo v institutu skrajne sile.³³ V skrajni sili – poenostavljeno – storiti manjše zlo, da bi se preprečilo večje nezakriviljeno zlo, ni kaznivo. Institut skrajne sile implicira kolizijo dveh kazenskopravnih dobrin, v našem primeru življenja in telesne ali osebnostne nedotakljivosti. Seveda bo sodišče pri tem tehtalo – tehtanje je imanentno odločanju v sodstvu³⁴ – med relativno vrednostjo poškodovanih ali ogroženih kazenskopravnih dobrin. Rezultat tehtanja je vedno negotov. Pri tem nam je lahko v uteho, da je po KZ-1 življenje večja dobrina kot telesna celovitost.

Sklep

Očitno je, da se za zdravnika v Sloveniji pravno okolje spreminja. V **Sloveniji je z novim kazenskim zakonikom pacient (p)ostal gospodar svojega telesa, tudi ko gre za posege vanj v zdravstvene namene, pa če to hoče ali ne.** Koliko gre pri takšni ureditvi za lovljenje izostalnih (libertarnih) standardov v razmerju pacient - zdravnik in koliko zgolj za urejevalno obsesivnost zakonodajalca, ki želi urediti več in boljše, kot je dobro, je drug predmet razprave. Namen zdravljenja, pa tudi zdravje samo, ob povzročitvi telesne poškodbe z namenom zdravljenja nimata nobene lastne kazenskopravne vrednosti, dokler pacient (lahko) tako hoče. Vsekakor pa glede na predpise in ob deontološko ustrezno odmerjenem pristopu k bolniku tudi v Sloveniji zdravljenje samo po sebi še ni kaznivo dejanje.

Literatura je na voljo pri avtorju.

25 36. člen, 8. odstavek 37. člena in 3. odstavek 38. člena ZpacP.

26 Od ustreznega upravičenca in na ustrezen način.

27 Gre dejansko za opravljanje nujne medicinske pomoči v skladu s pacientovo domnevano voljo. Glej Korošec D. 2004, str. 152-65.

28 3. odstavek 51. člena Ustave RS.

29 Na podlagi Zakona o nalezljivih boleznih (ZNB-UPB1 Ur. l. RS 33/2006) in Zakona o duševnem zdravju.

30 Verjetno je res prav nasprotno, kot je to dobro prikazano v Flis V. str. 34-5.

31 Podobno o tem tudi Ustavno sodišče v svoji Odločbi št. U-I 60/03-02 (40. točka obrazložitve) in Korošec D. 2009 str. 151 in 173.

32 O možnih kaznivih dejanjih v tem primeru glej še Korošec D. 2009, str. 151.

33 32. člen KZ-1.

34 Iustitia ima v eni roki meč v drugi tehtnico.



Prof. dr. Anton Dolenc.

Ob 80. življenjskem jubileju

Anton Dolenc – razmišljajoči zdravnik in umetnik

Zvonka Zupanič Slavec

Profesorja sodne medicine, medicinske etike in deontologije, predstojnika Inštituta za sodno medicino in krajši čas tudi Inštituta za patologijo ljubljanske medicinske fakultete v pokoju in dolgoletnega predsednika Slovenskega zdravniškega društva, pomembnega organizatorja slovenskega zdravstva, pa še slikarja in pesnika povrh ni potrebno posebej predstavljati, saj se je s svojim življenjem in delom nenehno predstavljal sam. Ob njegovem 80. življenjskem jubileju bi radi v tem intervjuju predstavili njegova razmišljanja o sodobnem zdravstvu, njegovi organizaciji, zdravniških združenjih, kadrovskih zagatah v zdravstvu in zdravstveni politiki nasploh. Ob svoji 70-letnici je za bralce Izide že obsežno spregovoril o svojem življenju in delu. Preden pa v intervjuju sam spregovori, objavljamo zapisa ob Dolencem prejemu državnega priznanja leta 2007 na Brdu pri Kranju, za katerega so ga predlagali trije savinjski zdravniki: prim. mag. France Urlep, Anton Žunter in prof. dr. Branko Ermenc.

»Kot mladega specialista sodne medicine so Antona Dolenca pričela zgodaj zanimati moralna vprašanja v zvezi z zdravniškim poklicem. Medicinska etika in deontologija sta postali vsebini, ki sta obvladovali temelje vsega njegovega miselnega snovanja. Pri tem ni ostajal le na ravni akademskega preučevanja in razlaganja teh vprašanj. Zanimali so ga odnosi med zdravniki in bolniki, položaji zdravnikov v delovnih okoljih in stanovskih združenjih, položaj in ugled zdravnikov med ljudmi. Preučeval je delovanje zdravniških organizacij doma in na tujem z namenom, da se stvari izboljšajo in posodobijo. Dr. Dolenc ni bil nikoli zgolj raziskovalec, ki marljivo preučuje znanstvene ugotovitve in jim skromno dodaja svoja spoznanja, ampak je bil odločen, strastno zavzet organizator in izvajalec vselej, kadar je bil prepričan, da so spremembe in izboljšave potrebne.

Strokovno je preučeval samomorilnost, nesreče med otroki, množične nesreče in letalske katastrofe. Izdal je vrsto strokovnih člankov, ki jih je objavil v domači in tuji strokovni literaturi, in dve knjigi dokumentov in komentarjev o Medicinski etiki in deontologiji. Sodeloval je z mnogimi uglednimi strokovnjaki, s katerimi so deontološka vprašanja preučevali z mnogoterih vidikov. Naziv rednega profesorja na Medicinski fakulteti v Ljubljani je prejel leta 1983.

Novembra 1967 je postal predsednik Slovenskega zdravniškega društva. S sodelavci je takrat dvignil društvo iz večletne anonimnosti in ga uveljavil kot enakovrednega in upoštevanja vrednega sogovornika. Z njegovim prihodom je zavela v društvo, ki

je bilo tedaj edina stanovska organizacija, svežina, ki je porajala vedno nove ideje. Ustanovil je društveni nagradi dr. Marka Gerbca za vrhunske dosežke v slovenski medicini in Oražnovo nagrado za študente. Osnovil je Memorial akademika Janeza Milčinskega in Zdravniška srečanja Alpe-Adria-Panonia. Spoštoval je društveno tradicijo in znova uvedel Zdravniške kongrese. Ob 110-letnici društva leta 1971 so se znova vrnili k prizadevanjem za zgraditev Medicinske fakultete. Leta 1974 je bil položen temeljni kamen za začetek gradnje.

Vsa njegova dejanja in nehanja so zlahka kulturna in umetniška snovanja, katerim je bil priča že kot otrok, ko je opazoval svojega očeta rezbarja in podobarja. Pisal je pesmi in igral violino. Bil je med ustanovitelji Kulturno-umetniškega društva Kliničnega centra in Medicinske fakultete, imenovanega po zdravniku in pisatelju dr. Lojzu Kraigherju. Aktivno je sodeloval v Likovni sekciji. Kot slikar in član Društva slovenskih likovnih umetnikov je Anton Dolenc veliko razstavljal doma in v tujini. Njegova ustvarjalnost je vsebinsko razdeljena v tradicionalno krajinske in simbolno sporočilne figuralne motive. Vanje vnaša čustvena doživetja in tudi poklicne izkušnje, v katerih slikarjeva domišljija išče globlje miselno utemeljene simbolne vsebine.

Dr. Dolenc je doživel svoj povratak na čelo Slovenskega zdravniškega društva po osamosvojitvi Slovenije. Zavzemal se je za demokratizacijo medijev. Društvo je postalo neodvisna nadstrankarska prostovoljna strokovna in stanovska organizacija slovenskih zdravnikov. Po prizadevanjih tedanjega vodstva je



Delo v domačem slikarskem ateljeju prof. Dolencu ponuja umetniško izživetje likovnega talenta, misli pa ob tem premlevajo probleme sodobnega časa (foto: Tomaž Rott).

bilo leta 1992 sprejeto v Svetovno zdravniško združenje. Večina ciljev in smotrov, ki si jih je profesor Dolenc zadal leta 1968, se je uresničila ...«

Kje vidite razlike v vlogah Slovenskega zdravniškega društva in Zdravniške zbornice Slovenije in kateri so problemi, ki jih vidite v delovanju ene in druge institucije?

Zdravniška zbornica naj bi bila tradicionalno predstavnik zasebnih zdravnikov, ki jih združuje interes za zaščito njihovih cen storitev. Pri nas pa je včlanjenje v zbornico obvezno tudi za zdravnika v javnem zdravstvu. Obveznost je v nasprotju s 13. členom Splošne deklaracije človekovih pravic. Po mojem ima zbornica preveč javnih pooblastil in opravlja nekatere naloge, ki naj bi jih Slovensko zdravniško društvo ali pa Ministrstvo za zdravje. Tako npr. je društvo nosilec strokovnega izpopolnjevanja in izobraževanja, zato bi moralo društvo voditi evidenco o udeležbi zdravnikov na takih izpopolnjevanjih in preko tega zagotavljati kakovost in nadzor. Razsodišče pri zbornici se je povsem diskvalificiralo z neresnim obravnavanjem najbolj problematičnih primerov pri zdravljenju bolnikov (primer Nekrep). Tudi ta organ naj bi bil pri društvu v obliki častnega razsodišča. Če gre za kaznivo dejanje malomarnega zdravljenja, so za to pristojni pravosodni organi; se pa postavlja vprašanje, ali za isto dejanje lahko pride do trojnega disciplinskega postopka: v matični ustanovi, na razsodišču v zbornici in na sodišču (obsodba zaradi malomarnega zdravljenja s hudimi posledicami). Vlogo zbornice bi bilo treba redefinirati, društvu, ki je nosilec stroke, pa dati večja pooblastila na področju strokovnega usposabljanja.

Zbornico je treba zastaviti kot predstavnika zasebnih zdravnikov, odgovornega za kakovost in cene storitev. Pri tem je pomembno tudi to, do kod se bomo šli privatizacijo v zdravstvu: aktivistično poseganje v zdravstvo je namreč že povzročilo veliko škodo, zmanjšalo učinkovitost v procesu zdravljenja in podaljšalo čakalno dobo.

Po mojem mišljenju tudi Ministrstvo za zdravje ni ustrezno »usposobljeno« za izvajanje nadzora nad občutljivo dejavnostjo, kot je zdravstvo. Ponovno bi bilo treba prevetriti naloge in opravila, za katera so pooblašteni vsi trije: zbornica, društvo in ministrstvo.

V čem vidite probleme aktualne politike do zdravstva?

Aktualna politika nima dolgoročne usmeritve, ampak le gasi požare, ukrepa aktivistično in paliativno. Slabosti izvirajo tudi iz okostenele organizacije, nepotrebne privatizacije, ki škodi nacionalnemu zdravju, in pretiranega zaslužkarstva zaradi nepotešne ekonomske lakote iz preteklosti, ki se je neredko prelevila v pohlep. Zdravje je postalo plen zasebnih angažmajev, ki segajo v sam vrh politike. Vsako spremembo zdravstvenega sistema bi bilo treba pred uvedbo dodobra pretehtati. Aktivistične odločitve pa sistem prej rušijo kot gradijo.

Zasebna medicina že dalj časa ni več perspektivna. V ZDA bodo npr. potrošili milijarde za spremembe, ker so predolgo vztrajali na starem načelu: dobiš, kolikor plačaš. Šele sedaj so spoznali, da ima država tudi druge naloge, kot pa je le pobiranje davkov. Angleže vsak dan bolj obremenjuje zasebnitvo



Prof. dr. Anton Dolenc z ženo Marijo ob slavnostnem odprtju svoje razstave (v ozadju) in hkratnem praznovanju 30-letnice KUD-a, novembra 2009 v razstavišču Univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani. Desno sedijo še dekan Medicinske fakultete prof. dr. Dušan Šuput, generalni direktor UKC mag. Simon Vrhunec, bivši predsednik SAZU akad. Boštjan Žekš, svetovalka strokovne direktorice UKC prof. dr. Bojana Beovič (foto: Biserka Komac).

v zdravstvu, nemški zdravniki se prepirajo z ministrstvom in bolniki kar na ulicah in podobno. Podržavljanje zdravstva in šolstva je edina perspektiva, ki jo imajo sodobne države. Zasebna iniciativa na teh dveh področjih ne zagotavlja racionalnosti in učinkovitosti. Vemo, da se »politična socializacija« medicine ni obnesla, čeprav je imela nekatere pozitivne rešitve.

Kaj menite o negativni nastrojenosti medijev do zdravstva?

Star pregovor pravi, da je zaupanje polovica uspešnega zdravljenja. Menim, da odgovorni zmotno mislijo, da spadajo zdravstveni problemi med rumeni tisk; novinarji pa se ravna po tem načelu in vsak zdravstveni incident poistovetijo z afero, ki jo brez ustreznih argumentov razlagajo, »pri tem pa zlorablajo čustva svojcev« do skrajnih meja. Pri takem odnosu mi pade na misel prastaro pravilo: bolni boste – naši boste. Nesrečni primeri se prikazujejo senzacionalistično ne glede na posledice za prizadetega zdravnika. Tu bi morala zdravniška zbornica ustrezno reagirati, pa ravna prav nasprotno, v škodo sebi, zdravstvu in bolnikom. V zadnjem času o zapisanem govorita nesrečna primera Nekrep in Baričević. Bralci se niso mogli seznaniti z argumenti za ali proti. Pisanje v dnevnem tisku je povečini laično, neredko hujškaško, ne glede na sporočilo, ki

tako nastane. Ali smo v primeru Nekrep izvedeli, kako je bilo z bolnikom in njegovim zdravljenjem pred usodnim incidentom, kje sta bila dežurna zdravnika, ko je bil ta pripeljan kot urgentni primer v ambulanto, kdaj so bile odvzete telesne tekočine za laboratorijske preiskave, kako je mogoče, da urgentni laboratorij rabi za preiskavo več ur, zakaj kasna konzultacija z Univerzitetnim kliničnim centrom v Ljubljani, zakaj niso upoštevali navodil? Zbornično razsodišče oziroma zbornično vodstvo sta ravnala enako kot novinarsko: navijaško in enostransko. Že samo na podlagi neodgovorjenih vprašanj lahko rečemo, da je ustanova ravnala malomarno, novinarji pa so prikazovali užalostene starše, ki so strti ob sinovi smrti iskali zadoščenje.

Zadeva Baričević je bila v dnevnem tisku prikazana kot kriminalni roman s tragičnim koncem. Poročilo VURS-a je bilo eksaktno, s točnim opisom poškodb na črevesju vseh treh psov, z različnim časovnim zaporedjem nastanka. V poročilu pa ni bilo mnenja, ki ga je policija dala o tem, da veterinarji niso mogli z zanesljivostjo ugotoviti, ali je šlo za zlorabo psov ali ne. Spominjam se prof. Janeza Milčinskega in njegovih mnenj v »Izvedenstvu« o takih občutljivih primerih. S kakšno tankočutnostjo in pravniško previdnostjo jih je obravnaval! Žal danes nimamo več takih zgledov med pravniki, ki se zlahka znebijo ocen, da je nekdo ravnal v nasprotju z ustavo in zakoni. Pri poplavi zakonov, ki jih pri nas menjavamo kot »cigan srajco«, ni čudno, da je verodostojnost v novinarstvu in državnih institucijah na psu. In ni čudno, da sem nekje prebral, da so novinarji pravi mrhovinarji; glavno je, da je novica udarna in se časopis prodaja, ali pa je tudi objektivno preverjena, je postranska stvar. Za te napake novinarji, žal, le redko odgovarjajo. Hudo je, če po krivici tepeš otroka, ker če to ponavljaš, bo otrok postal tak, za kakršnega ga neupravičeno kaznuješ. Podobno velja tudi za zdravstvo. Tudi pravniki velikokrat ne odgovarjajo za svoje napake in jim ni treba dokazovati, da jih niso storili, zdravniki pa so vedno znova na zatožni klopi.

Kako gledate na plačevanje zdravniških dežurstev?

Plačevanje dežurstev gre iz ene skrajnosti v drugo. V mojem času so bila dežurstva slabo plačana, saj smo dobili le simbolični obračun števila opravljenih dežurnih ur. Če si bil v soboto in nedeljo dežuren, si bil prost šele v ponedeljek popoldne, pa še to le, če ni bilo terenskih obdukcij (Gorenjska, Dolenjska, koprsko in goriško področje). Delodajalec je že v tistem času »pozabil« odvajati dajatve, tako da to delo v pokojninskem skladu ni upoštevano. Takšna praksa, kot je bila v Steklarski novi, zato tudi pri nas ni nič novega. Obremenitev z dežurno službo je bila občutna. Spominjam se svojega osebnega rekorda, ko sem bil v enem mesecu 17-krat razpisan za dežurstvo. Bilo nas je pre malo: trije do štirje zdravniki (Schmidt, Furlan, Dolenc, Lovšin), predstojnik pa ni dežural. Zato ni čudno, da sem občasno spraševal ženo, v katerem razredu sta moja sinova, saj sem bil v službi več kot doma, še posebej, ko so se pričeli letni dopusti, ki jih zaradi kadrovskih vrzeli nismo mogli polno izkoristiti. Med dežurstvom se je malo počivalo: krajevni in mrliški ogledi,



Karikatura prof. Antona Dolenca, delo Boruta Pečarja.

terenske obdukcije, odvzemi telesnih tekočin alkoholiziranim voznikom. Danes, ko govorimo in pišemo o velikem pomanjkanju zdravnikov v Sloveniji, niso obremenitve nič manjše, če ne celo večje, kot so bile v mojem času.

Plačevanje zdravniških dežurstev presega – podobno kot pri menedžerjih – vsako razumno mero. 2000 evrov bruto plačila za sobotno in nedeljsko dežurstvo je res preveč. Po novem se bo plačilo znižalo na 1500 evrov bruto, kar je še vedno tri- do štirikrat več, kot je minimalna slovenska plača. In povrh Fides grozi še s stavko, ob tem pa še ni bila pozabljena prva zdravniška stavka, ki je bila po mojem mišljenju neupravičena. Taka ekonomska lakomnost nažira vse pore družbe, tako da je molzna krava država pred kolapsom in s petmilijardnim dolgom na najboljši poti »v Grčijo«. Zdravniški sindikat bi moral razmisliti, ali ni preveč tvegano organizirati stavko. Ta v zdravstvu ne more biti učinkovita, ker ni mogoče odkloniti urgentnih primerov, saj je to kaznivo dejanje, s tem pa je stavka ohromljena. Sicer pa se sprašujem, ali je sindikat zdravnikom sploh potreben? Morebiti bi ga bolj potrebovali v mojih časih, ko so zdravnike zlorabljali za delo »na etični pogon«.

Bistvo zdravnikovega poklica pa vendarle ostaja v tem, da se kot človek razdaja za sočloveka.

Kako vidite vlogo dveh medicinskih fakultet v slovenskem prostoru?

Če bi upoštevali temeljno načelo Svetovne zdravstvene organizacije, da naj bi bila medicinska fakulteta na dva milijona prebivalcev, potem je za naše razmere dovolj le ena, še posebej, če se zavemo, da se ljubljanski bliža 100-letnica delovanja, pa še zmeraj ni »popolna«. Prisiljena je delovati v zelo okrnjenih prostorskih, kadrovskih in finančnih razmerah. Prva povojna desetletja je porabila za improvizacije, ki jih je narekoval prosti vpis študentov. Omejeni vpisi v zadnjih desetletjih pa so pripeljali do pomanjkanja zdravnikov (nad tisoč). Ljubljanska medicinska fakulteta je iz čudnih razlogov pristala na dvofazno izgradnjo svojih prostorov, kar je preložilo rešitev *ad infinitum*. »Prva faza« izgradnje je pomenila rešitev »prosekturne« dejavnosti, brez katere bi postalo delo Univerzitetnega kliničnega centra vprašljivo zaradi sanitarnih in drugih neustreznosti. V novo stavbo na Korytkovi ulici 2 so se leta 1987 preselili veliki predklinični inštituti, manjkajo pa še prostori za dekanat, Centralno medicinsko knjižnico, preostale predklinične inštitute, ki delajo v neustreznih prostorih, in za študentske prostore, kar naj bi predstavljalo drugo gradbeno fazo. Ljubljanski župan Zoran Jankovič gradi megalomanski stadion s trgovskim centrom, javni interes pa mu je deseta brigada! »Mariborski prestiž« bo prav gotovo imel za posledico pomanjkanje denarja za izgradnjo njihove stavbe in opremo, za vzgojo kadrov in delovanje obeh slovenskih medicinskih fakultet. Posledica bo najverjetneje v slabši kakovosti diplomantov.

Druga velika napaka slovenskega načina vpisovanja na medicinsko fakulteto je t.i. »točkovni sistem vpisa«, ki izrazito favorizira ženske za ta poklic. Številni med odličnjaki se ne odločajo za ta poklic po načelih zdravniškega poslanstva, ampak zaradi »elitizma«, na kar opozarjajo tudi v Nemčiji, ko se bodoči zdravniki ne počutijo poklicani za to delo in so jim bolniki celo odveč. Spreminja se tudi vsebina medicine; ženska populacija načenja srčiko medicine, ki se spreminja v pretežno negovalno disciplino z vsemi posledicami.

Kaj menite o pomanjkanju zdravstvenih kadrov v Sloveniji?

Mislím, da nimamo konsistentne politike za to vprašanje, pa naj gre za zdravnike ali medicinske sestre. Ministrstvo za zdravje se teh vprašanj loteva preveč kratkoročno in aktivistično. Bojim se, da vlada načelo: čim več je zdravstvenih delavcev, tem večji je izdelek. Premalo se tudi spremlja odlike generacij, ki se upokojujejo ali odhajajo v tujino. Svoje prispeva tudi omejen vpis na medicinski fakulteti in feminizacija zdravstva, pri čemer poudarjam, da ženskemu spolu ne smemo odrekati pravice do družine in otrok. Sprašujem se, do kdaj bodo lahko organizacijske improvizacije in prekomerne delovne obremenitve pokrivala naraščajoče število zdravstvenih storitev, ko so zdravstveni domovi kadrovsko osiromašeni do te mere, da je njihova dejavnost

ponekod že ogrožena. Stopenjska diagnostika pa gre v to smer, da splošni zdravniki ponekod že kar nekritično (tudi iz varnostnih razlogov) pošiljajo bolnike k sub- in superspecialistom, kar hudo obremenjuje zdravstvene finance. Vse poteka bolj po inerciji kot pa po načrtu odgovornih za zdravstvo. Zdravstvo je postalo stonoga, ki nesinhronizirano stopica na mestu, trupa pa nikamor ne premakne. Siromašenje zdravstvenih delavcev za specialistična delovna mesta, negotovost splošnih zdravnikov zaradi stalnega kritiziranja v javnih občilih, staranje prebivalstva in drugo so problemi, ki jih niti dolgoročno ne bo mogla rešiti tudi novoustanovljena medicinska fakulteta v Mariboru.

Statistike pravijo, da v Sloveniji primanjkuje nad tisoč zdravnikov. Število prebivalcev na enega zdravnika je pri nas previsoko in smo po tem parametru v Evropi na nezavidljivem položaju. Ker pa naše »tržišče« še ni ekonomsko primerljivo z Zahodno Evropo, bodo k nam imigrirali le zdravniki z Vzhoda, naši pa emigrirali na Zahod. Tako bi lahko zvečali število zdravnikov, vprašljiva pa je njihova kakovost. Bolniki naj bi po možnosti imeli domačega zdravnika, ki jih razume; tuji zdravniki naj bi bili prej izjema kot pravilo.

Dosedanji ministri za zdravstvo in politika v celoti so na področju zdravniškega kadrovanja povsem odpovedali, zadnji »valovi« upokojitev zdravnikov pa so problem pomanjkanja zdravnikov še zaostri. Tudi cenena privatizacija zdravstva, celo nameravana privatizacija bolnišnic k temu prispevajo svoje. Davkoplačevalci imajo pravico do sodobnega in učinkovitega zdravstvenega varstva po načelu vzajemnosti in solidarnosti, ne pa: dobiš, kolikor plačaš. Za daljše obdobje ne vidim realne rešitve kadrovskega primanjkljaja v slovenskem zdravstvu; zavedati se moramo tudi dejstva, da so številni vodstveni delavci v zdravstvenih domovih, bolnišnicah in celo na zdravstvenem ministrstvu samorastniki brez posebne specializacije iz ekonomike in organizacije v zdravstvu.

Politika ni hobi, zato ne bi smela zdravstva reševati na amaterski in aktivistični način.

Bi radi omenili še kaj aktualnega v zdravstvu?

Absurdno je govoriti o partnerskih odnosih v zdravstvu v obdobju surovega vulgokapitalizma; ta se opira na ekstremistično politiko, ki ne misli ali ukrepa za dan naprej, pa naj gre za socialistično vladavino Komunistične partije ali za današnje kleptokratske barone, ki se požvižgajo na načelnost in poštenje. Pa tudi levica in desnica sta nesinhronizirani.

Pretekli enostrankarski sistem je narodu zapustil hude brazgotine, sedanji večstrankarski sistem, ki ga označujeta prestiž in sovraštvo, pa tudi v bodočnosti ne zagotavlja boljših izhodišč.

Pri Vaši ustvarjalni energiji bi človek kar po medicinsko povprašal za »recept«? Od kod črpate inspiracijo za slikarstvo in pesništvo?

Mislim, da bi na vhodu Medicinske fakultete moralo pisati za vse, ki vstopajo: »Spoštuj človeka in njegovo osebnost«, ne pa

napis iz Božanske komedije »Vi, ki vstopate, opustite vsako upanje«. Vstopaj torej z optimizmom. Nekdanji rek »Delu čast in oblast« so tovariši, ki so se »liberalizirali«, povsem zmaličili. Zdravnik, ki nima »prirojenega« socialnega čuta, je sicer lahko dober tehnolog, ne pa tudi zgleden zdravnik.

Sam sem imel vzor za svojo delavnost pri očetu in materi: oče, podobar, me je usmeril v likovni svet, mati, diplomirana babica, ki sta ji diplomo podpisala prof. Alojz Zalokar in dr. Lojz Kraigher, pa v medicino. In če k temu prištejem še okolje, v katerem sem odrasčal v času socialnih stisk, je podoba dodobra izklesana. K pisanju poezije pa so prispevali moji vrstniki iz Marijanišča v Ljubljani (Doma Ivana Cankarja): C. Zlobec, J. Menart, D. Zajc in L. Kovačič. Sedaj, ko sem ostal skoraj sam ob teh velikih možeh, in šele na starost, ko človeku pade kritičnost, sem prišel do svoje pesniške zbirke Harfa v molu, v kateri sem objavil izbor 150 pesmi izmed dobrih 2000 napisanih. Moje delo v sodni medicini mi je namreč razkrivalo sleherni dan svoje balade, kjer so odhajala življenja, jaz pa sem svoja razmišljanja in bolečino ob tem preliv v besede, tožbe in obtožbe svojega časa.



Motiv iz Dolenčevega slikarskega opusa (foto: Tomaž Rott).

K naslovnici revije

Prva učitelja histologije ter ginekologije in porodništva na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani, Alija Košir in Pavel Lunaček

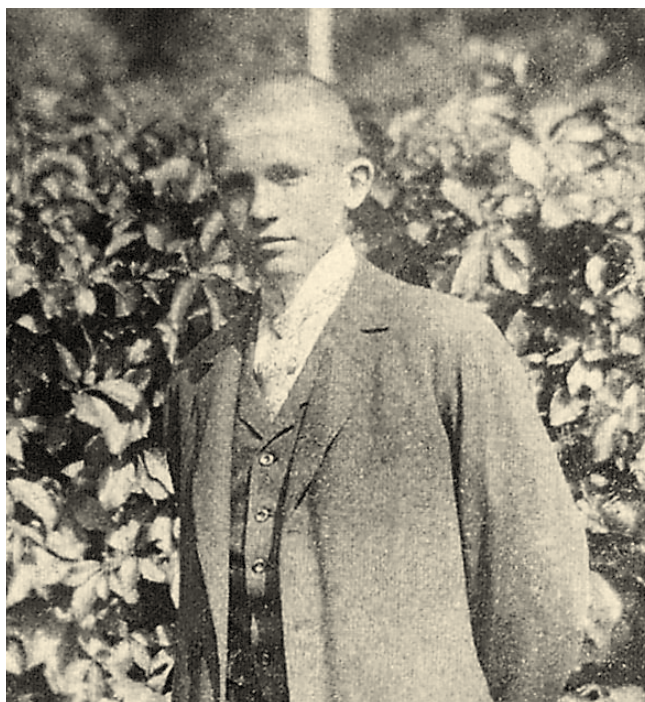
Zvonka Zupanič Slavec

Prvi univerzitetni učitelji popolne Medicinske fakultete so prihajali iz raznih koncev Slovenije in so nosili v sebi monarhično dediščino; tako je bil Alojz Košir, kot se je ob rojstvu imenoval, Tržačan, Pavel Lunaček pa je bil češkega rodu. Enega in drugega sta zaznamovali vojni, histologa Koširja prva, ginekologa Lunačka druga. Prvi je oral ledino na svojem področju, saj je bil utemeljitelj histologije že na samem začetku nepopolne Medicinske fakultete, drugi pa se je strokovno uveljavil po smrti slovenskega ginekologa in porodničarja Alojza Zalokarja kot njegov povojni naslednik, ki je s povojnim prenosom porodov v porodnišnice bistveno zmanjšal umiranje mater in otrok. Dr. Košir in dr. Lunaček sta za svoje strokovno in znanstveno delo dosegla najvišje nacionalno priznanje in bila sprejeta v Slovensko akademijo znanosti in umetnosti. Prof. Košir je bil zelo dobro opismenjen in je zapustil plejado knjig in najrazličnejših strokovnih člankov, prof. Lunaček pa je bil izrazit praktik, ki so se mu poznali sledovi gozdarske tradicije njegove družine, pa tudi enoletnega študija gozdarstva, ki ga je opravljal pred medicino. Del tega je prenesel v organizacijo mreže partizanskih bolnišnic v roških gozdovih in njihovo pravilno postavitve. Po 2. svetovni vojni je postal celo ljubljanski župan in bil tisti, ki je fakulteti dodelil Šentpetrsko vojašnico. Akademiku Koširju je bilo v dolgem življenju dano, da je skoraj pet desetletij ustvarjalno raziskoval, pisal in poučeval, akad. Lunačku pa je bilo odmerjeno le toliko življenja. Dandanes bi rekli, da je umrl za sodobno boleznijo, malignim melanomom. Bil je navdušen jadralec in je najverjetneje prav morsko sonce prispevalo k temu. O Koširjevih potomcih ni nič kaj znanega, Lunačkova družina pa je tudi preko potomstva ostala zvesta Eskulapu. Oba lika tvorita kleno garnituro ljubljanskih učiteljev medicine, ki so se nesmrtno zapisali v njene anale.

Alija Košir (1891–1973)

Dr. Alija Košir je bil zvest Medicinski fakulteti v Ljubljani vse svoje bogato ustvarjalno življenje, polnih 49 let. Tržačan, z dunajsko šolo, poliglot in zvedavi naravoslovec je že kot mladi zdravnik doživel grozote prve svetovne vojne, služil kot vojaški zdravnik po raznih frontah, v vojni mornarici, ob koncu vojne bil komandant rezervne vojaške bolnišnice v Mariboru in nato še leto dni šef-zdravnik rečne flotilje. Od leta 1920, ko se je zaposlil na ljubljanskem anatomskem inštitutu, je čvrsto sooblikoval tedanjo nepopolno medicinsko fakulteto. Inštitut za histologijo in embriologijo je njegovo delo, vanj je preli svoj življenjski elan, ustvarjalno domišljijo in iz sveta prenesel novo znanje in izkušnje. Bil je tudi med prvimi akademskimi raziskovalci onkogeneze. Z ustvarjalnim opusom in intelektualno presežnostjo je postal član Slovenske akademije znanosti in umetnosti. Odlično ga je poznal njegov neposredni naslednik prof. Miroslav Kališnik, ki ga je v spodnjem zapisu celostno predstavil.

»Od rojstva tega velikega moža je minilo 119, od smrti pa 37 let. Torej dovolj za zgodovinsko distanco. Tudi spomin nanj je v nas, njegovih sodobnikov še živ. Vendar se ta trenutek, ko to pišem, počutim nekako nelagodno. Rad bi bil do svojega vzornika objektivni, ne da bi bil ta zapis suhoparen. Rad bi ovrednotil



Gimnazijec Alojz Košir.



Študent medicine Alojz Košir na Dunaju (prvi z leve v drugi vrsti).

njegov pomen za slovensko medicino in zdravstvo, ne da bi mu bil krivičen. Rad bi zapisal kaj osebnega, kar pa bi spoštovalo njegovo pravico do osebnega dostojanstva, na katero je v svojem življenju toliko dal.

Življenjepis

Alojz Košir je bil rojen 6. aprila 1891 v Trziču ob morju (Monfalcone) kot zadnji otrok finančnega komisarja Karla Koširja (umrlega 1937) in Elizabete Košir, rojene Vlah (umrle 1918). Osnovno šolo in prva dva razreda gimnazije je obiskoval v Trstu, v Gradcu pa je dokončal ostale razrede gimnazije ter leta 1909 maturiral.

Nato se je vpisal na Medicinsko fakulteto na Dunaju, ki je bila takrat svetovno medicinsko središče. Na njej so namreč delovali med drugimi histolog Victor von Ebner, patološki anatom Anton

Weichselbaum, pediater Clemens von Pirquet, ginekolog Ernst Wertheim, če omenim le nekatere najvidnejše. Vsi ti so pustili sledove v zgodovini medicine. Domnevamo lahko, da je bilo spodbudno akademsko okolje za mladega študenta medicine pomembno. Diplomiral je leta 1915, že kot vojak. Konec leta 1914 je bil namreč mobiliziran v avstro-ogrsko vojsko. Po diplomi je bil na raznih frontah do julija 1917, nato pa pri vojni mornarici. Po razpadu Avstro-Ogrske monarhije se je javil v vojaško službo pravkar ustanovljene države Srbov, Hrvatov in Slovencev. Do marca 1919 je bil komandant rezervne vojaške bolnišnice v Mariбору, nato pa eno leto šef-zdravnik rečne flotilje.

Aprila 1920 je nastopil službo na novoustanovljenem Anatomskem inštitutu Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, sprva kot demonstrator, junija istega leta pa je bil imenovan za asistenta.



Prof. Alija Košir v krogu študentov leta 1959 (skrajno desno patolog prof. France Hribar).



Prof. Alija Košir (desno) v bralnici na tajništvu Medicinske fakultete v Ljubljani. Levo od njega si sledijo profesorji Valentina Kobe, Hubert Pehani in Josip Hebein.



Prof. Alija Košir leta 1951 na proslavi svoje 60-letnice s soprogo (na njegovi desni) in sodelavci Inštituta za histologijo in embriologijo (Ivan Rostohar na njegovi levi).



Profesor Alija Košir po koncu 2. svetovne vojne v Leningradu.

Že v študijskem letu 1920/21 je prevzel predavanja in vaje iz histologije in embriologije. Ko je bil leta 1921 ustanovljen Inštitut za histologijo in embriologijo, so za predstojnika inštituta in rednega profesorja tega predmeta imenovali dr. Zdenka Frankenbergerja, privatnega docenta praške Medicinske fakultete, ki pa je predaval le eno študijsko leto. Za njim je predavanja spet prevzel dr. Košir. Januarja 1923 je bil imenovan za docenta anatomije in predstojnika Inštituta za histologijo in embriologijo, leta 1935 za izrednega profesorja histologije in leta 1939 za rednega profesorja iste stroke.

Košir je pričel delati v eni sobi, brez inventarja, inštrumentov, preparatov, sodelavcev. Desetletja mu je bil edini sodelavec Ivan Rostohar. Košir ga je odkril kot naravno bistrega, sicer pa nešolanega bolniškega strežnika in ga vzgojil v odličnega laboranta in preparatorja. Kasneje je postal njegov sodelavec dr. phil. et med. Hubert Pehani (1900-1994) in sicer od leta 1930 do 1937 kot asistent, od leta 1937 do 1945 kot docent, ki pa je leta 1941 postal predstojnik Inštituta za biologijo; kasneje je bil dekan in nazadnje zaslužni profesor naše Univerze. Prostorska stiska se je omilila sredi tridesetih let, ko sta se v novo zgrajeno stavbo Anatomskega inštituta vselila še Inštitut za histologijo in embriologijo ter Inštitut za fiziologijo in fiziološko kemijo.

Med drugo svetovno vojno se je Alija Košir vključil v Osvobodilno fronto. Italijanski okupator ga je kot moža s petimi križi na plečih interniral v taborišču Gonars.

Po osvoboditvi je bila ustanovljena popolna Medicinska fakulteta. Zaradi velikega navala študentov, saj nas je pet generacij študentov pritisnilo na fakulteto, je postala spet aktualna prostorska pa tudi kadrovska stiska. Zadrego zaradi pomanjkanja asistentov je reševal prof. Košir z nastavljanjem študentov demonstratorjev in pomožnih asistentov; tudi sam sem bil med njimi. Leta 1948 so pričeli prihajati na inštitut novi laboranti,

leta 1952 pa novi asistenti. Leta 1961 sta se habilitirala prva docenta, ki ju je vzgojil prof. Košir, da sta prevzela pouk. (*Kalifornik M. Prof. dr. Alija Košir – akademik, Življenje in delo. Zdrav Vestn 24; 1955: 382-5.*)

Prof. Košir se je leta 1961 upokojil, ostal pa je honorarni strokovni in raziskovalni vodja inštituta do leta 1969, ko se je dokončno umaknil. Zadnja leta je bolehal in 9. junija 1973 umrl.

Osebnost

Telesno je bil prof. Košir nadpovprečno visoke rasti, atletske konstitucije, vedno vzravan. V mladosti je bil telovadec. Hodil je strumno, govoril je jedrnato, stvarno, izražal se je natančno. V svojem vedenju je imel nekaj vojaškega.

Odlikovala ga je velika delavnost, do visoke starosti, ko ga je začela ovirati bolezen. Svojo drugo knjigo je objavil v starosti 75 let, svoj zadnji članek pa, ko je bil star 76 let. Bil je zgledno redoljuben. Na inštitut je prihajal zgodaj, ob 7.30 je imel že govorilne ure za študente. Točno ob 12.00 je odhajal z inštituta. V šali so govorili, da bi lahko nastavili uro na 12.05, ko je prečkal most čez Ljubljano proti Kodeljevemu, kjer je stanoval. Točen je bil tudi pri začetkih in koncih svojih predavanj ter pri začetkih napovedanih izpitov. Pri delu je bil temeljit in sistematičen. Bil je strog do sebe pri izpolnjevanju dolžnosti in to je zahteval tudi od svojih sodelavcev.

Kljub svoji prevladujoči resnosti pa je imel tudi smisel za šalo. Ob pustu npr. je pogosto namesto rednega predavanja priredil rebus s histološkimi preparati. V vse mikroskope v mikroskopirnici je vstavil preparate, lističe z diagnozami pa je zamenjal rekoč, da mu jih je zamešal služitelj; pozval je nas študente, da mu jih pomagamo urediti, pri čemer smo se na šaljav način urili v spoznavanju preparatov. Na kolokvijih ali izpitih se je včasih pošalil iz kakšnega slabo podkovanega kandidata. Študentka je



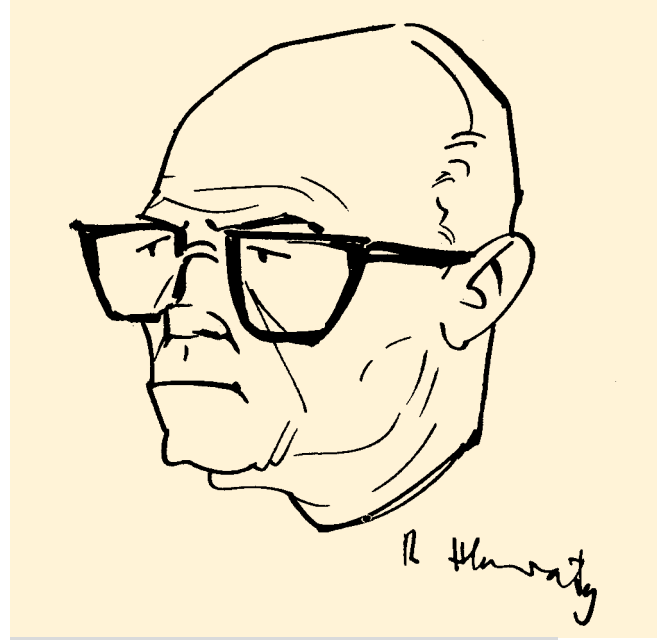
Dr. Alojz Košir maja 1931.

imela v mikroskopu vstavljen preparat ustnice. Ko kandidatka obotavljivo iztisne iz sebe, da gre za anus, profesor vzklikne: »Nesrečnica, zamenjali ste pole!« Znana je tudi naslednja anekdota. Nekega kandidata (kasneje je bil ugleden profesor na naši fakulteti), ki je večkrat zapored prišel na izpit preslabo pripravljen, si je takole sposodil. Izpit že nekaj časa traja, odgovori pa so šibki in nezadostni. Nazadnje poprosi profesor kandidata: »Prosim, kolega, ali lahko odprete okno!« Kandidat ves vesel, da lahko ustreže, naglo poskoči in začne odpirati spodnje okno. »Ne spodnje, zgornje okno, prosim«. Kandidat pleza na mizo, da okno odpre. Nato pa profesor: »Sedaj pa odprite še vrata in se nastavite, da Vas bo odneslo!«

Njegova značilna poteza je bila tudi izvirnost. Čeprav je strogo ločil svoje zasebno življenje in službo, je bilo znano, da se je drugič poročil cerkveno tako, da je prestopil iz katoliške v muslimansko vero, ki je bila v stari Jugoslaviji ena od državno priznanih veroizpovedi. Tako je bil takrat verjetno edini Slovenec muslimanske vere. Takrat je spremenil ime iz Alojza v Alijo. Po takratnih predpisih namreč je bil zakon veljaven le, če je bil sklenjen tudi cerkveno. Ker katoliška vera ni dovoljevala ločitve, oziroma niso poročali ločencev, so se ločeni ljudje na Slovenskem drugič večinoma poročali tako, da so vstopali v starokatoliško vero. Košir pa se ni ravnal po šablonah, poiskal je izvirno rešitev za svoj problem. Sicer pa, kolikor mi je bilo znano, je bil po svetovnem nazoru ateist ali agnostik.

Univerzitetni učitelj

Prof. Košir je bil odličen pedagog in izvrsten predavatelj. Njegova predavanja so bila kot izklesana, vsaka beseda je sedela. Lepo je risal in čitljivo pisal po tabli. Uporabljal je tudi vsa takrat razpoložljiva avdiovizualna sredstva, tudi mikroprojekcijo, pri čemer je



Karikatura dr. Alije Koširja, delo Roberta Hlavatyja.

bil izvor svetlobe obločnica; pri slušateljih je tako ustvarjal iluzijo, da skupaj mikroskopiramo isti preparat. Dobro je vedel, kaj mora študent znati in ga ni preobremenjeval z balastom. Razen rednih predavanj in vaj je uvedel tudi prosto mikroskopiranje. Čeprav že v letih, je osebno sodeloval pri tem tako, da je hodil od mikroskopa do mikroskopa in se pogovarjal s študenti o vsebini posameznega preparata. Sam se je izražal precizno in na to je navajal tudi študente. Študenti smo ga spoštovali tudi zato, ker je bil pravičen in objektiven ocenjevalec na izpiti. Nikdar se ni zgodilo, da bi njegovo trenutno razpoloženje vplivalo na postopek s kandidatom na izpitu. Vendar so imeli njegovi izpiti tudi nekaj posebnosti. Vstopnica za nadaljevanje je bila diagnoza kake krvne celice v imerzijskem mikroskopu. Če to ni šlo, je bilo izpita konec. Prav tako je strogo zahteval, da študent ves čas mikroskopiranja drži roko na mikrometrskem vijaku in si zastruje sliko. Če si na to pozabil, je bilo lahko tudi usodno. Proti koncu izpita je bila na vrsti obvezno tudi »kobilica«. Tako je model živčnih prog, ki ga je bilo težko prenašati po inštitutu, krstil laborant Ivan Rostohar. Ko sem bil sam še študent pomožni asistent, mi je profesor naložil, naj izdelam dva nova modela živčnih prog v cerebelumu, seveda ob sodelovanju rezbarja. Profesor Košir je sicer štedil s pohvalami, vendar sem videl, da je z izdelkoma zadovoljen. Kmalu sta prišla oba modela v program pouka kot učna pripomočka. V časih, ko še ni bilo asistentov, je Rostohar imel neuradne predizpitne, ponavljalne tečaje iz histoloških preparatov, ki so bili v zgodnjih jutranjih urah. Tudi sam sem se kot študent udeležil takega tečaja. Rostohar je imenitno obvladal in lepo opisoval vse preparate, ki jih je tudi sam napravil, pri predavanjih pa se je od profesorja naučil, kaj je njihova vsebina. Profesor je za te tečaje vedel, vendar je bil tolerant, čeprav jih ravno ne bi mogli imeli za legalne.

Prof. Košir, ki bil je nekaj časa po osvoboditvi tudi predstojnik anatomskega inštituta, je uvedel opcijski predmet »Uporabna anatomija«. Pri tem je prikazal tudi možnosti študija anatomije na živem človeku. Spominjam se, da je v okviru tega predmeta demonstriral atleta z močno hipertrofičnim mišičjem, kar je bilo rezultat posebnega treninga, imenovanega danes v angloameriški literaturi »*body building*«.

Profesor Košir, ki je bil sam znanstvenik, je med prvimi na naši fakulteti spodbujal študente tudi k raziskovalnemu delu. Vsekar pa je študente poskušal naučiti, da znajo pravilno in natančno opisovati, kar vidijo. To se mu je zdelo pomembnejše kot risanje preparatov, ki je bilo sicer na večini drugih histoloških pa tudi bioloških inštitutov vsakdanji kruh študentov pri vajah.

Prof. Košir je imel rad delo s študenti. To mu ni bilo samo delo, ampak poklic (Kališnik, 1955).

Znanstvenik in publicist

Prof. Košir je bil med prvimi znanstveniki na naši fakulteti. Kot asistent anatomije je že 1922 objavil primer anomalnega razvoja ven v reviji *Anatomischer Anzeiger*. Ukvarjal se je tudi z antropologijo in s hematologijo in o tem objavljajl članke.

Na pobudo svojega prijatelja privatnega docenta dr. Josipa Cholwe (1885–1942), ki je sicer kot kirurg v bolnišnici v Brežicah že l. 1921 ustanovil prvi onkološki laboratorij na Slovenskem, se je prof. Košir lotil problemov eksperimentalne onkologije, ki ji je nato posvetil večino svojega življenja. Težko je danes vrednotiti pomen teh poskusov za znanost, ko je prevladujoča smer raziskovanja molekularna biologija. Toda za tiste čase je bilo pomembno, da je že leta 1931 Slovenec Košir objavil članek s področja eksperimentalne onkologije v reviji *Zeitschrift fuer Krebsforschung* (Časopis za preučevanje raka). Svoje članke je objavljajl v slovenščini, nemščini, angleščini in francoščini, v domačih in tujih revijah, članek do dva na leto, vse do svojega 75. leta starosti, t.j. 7 let pred svojo smrtjo. Poudariti je treba, da je delal v izredno skromnih razmerah in sam, šele od leta 1961 v soavtorstvu. (*Bibliografije članov SAZU, VI. razred: medicinske vede. SAZU: Ljubljana, 1988: 61–4.*)

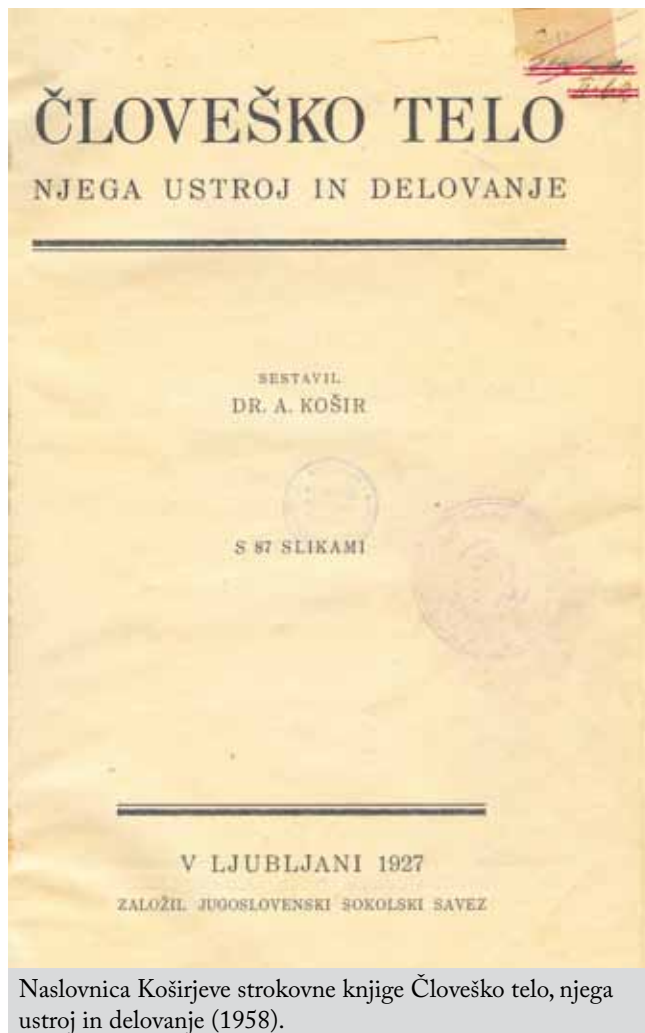
Bil je razgledan naravoslovec. Zavedal se je pomena širjenja naravoslovnega znanja med ljudmi. Zato je tudi njegov poljudnoznanstveni opus velik, zlasti v reviji Proteus. Smisel za popularizacijo znanja je pokazal že leta 1927, ko je izšla njegova prva knjiga »Človeško telo, njega ustroj in delovanje«; druga, prenovljena in razširjena izdaja je izšla leta 1958.

Medicinski terminolog

Za medicinsko terminologijo se je pričel zanimati že na začetku svoje akademske kariere. Posebno prizadevno in vztrajno pa se je lotil zbiranja in urejanja slovenskega zdravstvenega izrazja po drugi svetovni vojni. Zavzemal se je za to, da bi medicinski avtorji uporabljali le strokovno in jezikovno ustrezne in preverjene izraze, ki naj bi jih aprobiral Zavod za kulturo slovenskega jezika pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti (SAZU). Tudi nas študente je spodbujal, da zbiramo in zapisujemo medicinske

termine, ki jih slišimo pri predavanjih. Njegova zasluga je, da je uvedel v terminološko delo skupinski pristop ter sodelovanje zdravnikov in jezikoslovcev. Na njegovo pobudo je Medicinska fakulteta v prvem letniku uvedla predmet »Tujke v medicini«, ki je bil kasneje preimenovan v »Medicinsko terminologijo«. Nekaj časa je ta predmet tudi predaval. Kritiziral je odpravo diftongov in vezajev v zadnji izdaji mednarodne anatomske nomenklature »*Nomina anatomica, histologica et embryologica*«. Pri svojih terminoloških prizadevanjih se je zapletel tudi v javne polemike, ki pa so bile za čas po osvoboditvi pri nas nekaj običajnega. Ena izmed teh polemik, s prim. Mirkom Črničem, je imela svoj epilog celo pred sodiščem.

Na področju medicinske terminologije je objavil več člankov in eno knjigo. Prvi članek s tega področja je bil objavljen v Zdravstvenem vestniku leta 1946, zadnji pa v Medicinskih razgledih leta 1965. Največje Koširjevo terminološko delo je prav gotovo njegova druga knjiga »*Nomina anatomica po naše*« (1966). Delo je plod sodelovanja s člani medicinske sekcije terminološke komisije SAZU in strokovnega kolegija anatomskega inštituta



Naslovnica Koširjeve strokovne knjige Človeško telo, njega ustroj in delovanje (1958).

Medicinske fakultete v Ljubljani. Knjiga je sestavljena iz večjega latinsko-slovenskega in manjšega slovensko-latinskega slovarčka. Knjiga je danes nepogrešljiva. Večina slovenskih izrazov, ki jih je Košir sprejel ali sam predlagal za latinske anatomske ali histološke termine, se bo gotovo trajno obdržala in le redke bo mogoče ali treba nadomestiti z boljšimi, sprejemljivejšimi.

Prof. Košir je imel izostren čut za jezik in je sprejel vse dobre izraze prejšnjih slovenskih piscev in terminologov. Šteti ga moramo med pionirje slovenske medicinske terminologije, skupaj z Erjavcem, Homanom, Plečnikom, Černičem in drugimi. (*Banič S. O liku profesorja Alija Koširja kot slovenskega medicinskega terminologa Stereol Jugosl 1; 1978: 75–82.*)

Družbeni delavec in urednik

Prof. Košir je opravljal številne funkcije na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Kot prvi predsednik njene Komisije za učbenike in skripta je poudarjal zahtevo tudi po jezikovni neoporečnosti učnih pripomočkov.

Bil je aktiven član Slovenskega zdravniškega društva, njegov predsednik in nekaj časa urednik društvenega glasila Zdravniški vestnik. Bil je tudi predsednik Zdravniške zbornice Slovenije. Imenovan je bil za častnega član Slovenskega zdravniškega društva. Kot vnet naravoslovec s širokim obzorjem je bil odbornik v Muzejskem društvu, kasneje v njegovi prirodoslovni sekciji, nato pa med ustanovitelji Prirodoslovnega društva Slovenije, njegov predsednik in častni član. Skupaj z dr. Lavom Čermeljem (1889–1980) in prof. Ljudevitom Kuščerjem (1891–1944)

Pavel Lunaček (1900–1955)

Rojen je bil leta 1900 v Šentrupertu pri Trebnjem na Dolenjskem. Leta 1918–19 je v Zagrebu študiral gozdarstvo, nato medicino v Ljubljani, Gradcu in Zagrebu, kjer je leta 1927 tudi diplomiral. Dve leti je delal kot oddelčni zdravnik v brežiški bolnišnici, od leta 1930 pa v Bolnici za ženske bolezni v Ljubljani. Izpopolnjeval se je v Zagrebu, Franciji, Belgiji, Nizozemski, Italiji in Veliki Britaniji. Leta 1939 je postal primarij. V začetku 2. svetovne vojne je kot član zdravniškega matičnega odbora OF za Ljubljano vodil zbiranje in pošiljanje sanitetnega materiala za partizane. Leta 1942 se je sam vključil v NOB. Sprva je bil upravnik Slovenske centralne vojske partizanske bolnice (SCVPB), od decembra 1943 pa šef sekcije za bolnišnice pri sanitetnem oddelku Glavnega štaba NOV in Partizanskih odredov Slovenije. Pri partizanskem bojevanju je razvil in uveljavil svoj koncept konspirativnih bolnišnic; ranjenci, ki so bili po novem oskrbovani v bolnišnicah zunaj vojnih območij, niso več obremenjevali bojnih enot. Na kočevskem zboru je bil izvoljen za delegata na 2. zasedanju AVNOJ-a. Leta 1945 je bil imenovan za predstojnika Klinike za ginekologijo in porodništvo ter je postal redni profesor na Medicinski fakulteti v Ljubljani. Leta 1954 je postal tudi redni član SAZU. Bil je dekan Medicinske fakultete (1950–53) in rektor Medicinske visoke šole (1953/54).

je ustanovil časopis za poljudno naravoslovje Proteus, bil dolgoletni član njegovega uredniškega odbora, nekaj časa pa tudi njegov urednik. Uredil je več drugih publikacij in zbornikov.

Na Koširjevo pobudo je bila ustanovljena 1956 Terminološka komisija SAZU, katere prvi predsednik je bil. Bil je tudi pobudnik in prvi predsednik medicinske sekcije te komisije.

Sklep

Prof. Košir je bil leta 1955 imenovan za rednega člana SAZU. Od 1967 do 1970 je bil tudi načelnik medicinskega oddelka razreda za prirodoslovne in medicinske vede. Leta 1965 je prejel nagrado Borisa Kidriča za življenjsko delo v znanosti, leta 1969 pa najvišjo državno nagrado AVNOJ. Istega leta je bil promoviran za častnega doktorja Univerze v Ljubljani. Od 1977 naprej smo se učenci in sodelavci spominjali prof. Koširja na rednih stereoloških srečanjih, ki smo jih poimenovali po njem: organizirali smo jih vsako leto do 1990, udeleževali pa so se jih stereologi iz vse bivše države Jugoslavije. Leta 1991, ob stoletnici njegovega rojstva, ki je sovpadla s sedemdesetletnico ustanovitve Inštituta za histologijo in embriologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani, smo počastili njegov spomin tudi na Plečnikovem memorialnem sestanku.

Prof. Košir je bil naš učitelj in učenik. Cenili in spoštovali smo ga. V nas bo živel, dokler bomo živeli mi. V svojih delih pa nas bo preživel.«

Za pomoč pri zbiranju slikovnega gradiva se zahvaljujem soprogi pokojnega prof. Miroslava Kališnika in uredništvu revije Isis.



Pred barako v Kočevskem rogu leta 1943. Dr. Pavel Lunaček peti z leve proti desni. Prvi na levi Edvard Kocbek, desno od Lunačka Josip Vidmar.

Na strokovnem področju je prof. Lunaček v porodništvu in ginekologiji utemeljil sodobno medicinsko doktrino, ki jo je razširil tudi na ginekološko-porodniške oddelke drugih slovenskih bolnišnic in v zdravstvene domove. Uvedel je strog higienski režim in uspešno zajezil veliko okužb in bolezni, razvil je omrežje stacionarnih in ambulantnih zavodov, dispanzerjev za zdravstveno in socialno varstvo žena, mater in otrok. Njegova doktrina je zelo zvišala odstotek porodov v bolnišnicah in zmanjšala umrljivost mater in otrok ob porodu ter zaradi ginekoloških bolezni. Njegov učbenik *Porodniške operacije* (1950) je bil osnovna učna knjiga mnogim generacijam porodničarjev v Sloveniji. Leta 1949 in 1950 je prejel Prešernovo nagrado za organizacijo ginekološke klinike in učbenik *Porodniške operacije*. Umril je leta 1955. Po njem se od 1983 imenuje osnovna šola v Šentrupertu, kjer so leta 2000 izdali knjigo o njem ob njegovi 100-letnici rojstva, režiser Zdravko Pečenko pa je po njej leta 2007 posnel igrano-dokumentarni film o njegovem življenju in delu z naslovom *Vdih življenja*. (*Rainer S. Lunaček P. V: Enciklopedija Slovenije, zv. 6. Ljubljana: MK, 1992:338.*)

Študenti se prof. Lunačka spominjajo kot asketsko predanega svoji stroki, zelo resnega, zahtevnega do sebe in drugih. Pri predavanjih je bil stvaren in ni uporabljal obrazne mimike. Od študentov je zahteval predanost in discipliniranost. Študentje so z vso resnostjo poprijeli za študij ter vaje in internat izvajali po predpisih. Z neznanjem se ni dalo opraviti izpita. V prvi povojni generaciji se spomnijo ene same študentke, ki je dobila na izpitu desetico. Obilica znanja, ki so ga študenti pridobili pri prof. Lunačku, jim je kasneje še kako koristila pri terenskem zdravniškem delu! Študenti se ga spominjajo tudi kot očetrovsko čutečega človeka, ki je poskrbel, da po vojni večkrat lačni kot siti študenti niso trpeli lakote med internatskim bivanjem



Družina Pavla Lunačka leta 1954. Žena Ana, zgoraj sinova Boris in Bogdan, spodaj Matjaž in Igor. Rojeni med leti 1945 in 1950.

na ginekološki kliniki. Podobno sta za študente poskrbela tudi profesorja radiologije Josip Hebein in psihiatrije Janez Kanoni. Študenti so tudi povedali, da naj bi prof. Lunaček šel na smrt bolan osebno prosit maršala Tita, da bi po njem dali njegovi vdovi s štirimi majhnimi sinovi višjo pokojnino, da bi lahko preskrbela osirotele otroke.

Ob faktografskih podatkih si vedno znova želimo opisati strokovnjaka tudi po človeški plati, z njegovo življenjsko močjo, strastjo do dela, predanostjo poslanstvu in z možnostjo uvida v njegove posebnosti, skrivnosti in vse tisto, kar se navzven ne vidi. Zato sem k sodelovanju povabila sina akad. Lunačka, psihiatra dr. Matjaža Lunačka, ki je očeta orisal polnokrvnega in klenega, kot bi stal pred nami.

»O akademiku prof. dr. Pavlu Lunačku je bilo že zelo veliko zapisanega. Poleg številnih drugih zapisov je ob stoletnici njegovega rojstva izšla pri založbi Karantanija monografija, v kateri so številni podatki o njem in njegovem strokovnem delu. Zato se bom v tem članku osredotočil na manj znane podrobnosti iz njegovega življenja, ki ga lahko razdelimo v tri obdobja: mladostno in zgodnje odraslo obdobje, medvojni čas in čas delovanja po 2. svetovni vojni, kamor sodi tudi ustanovitev popolne medicinske fakultete, katere soustvarjalec je bil.

Veliki duhovi se izkažejo že v mladosti in tako je bilo tudi s prof. Lunačkom. Že kot zelo mlad človek se je odlikoval po nezlo-mljivi volji, predanosti in skoraj popolnem izpolnjevanju nalog,



Portret akad. Pavla Lunačka, dobrotnika slovenskih porodnic, katerih smrtnost se je s prenosom porajanja v porodnišnice drastično znižala.



Prof. Pavel Lunaček (v sredini) z medicinci na vrtu Porodnišnice v Ljubljani dne 16. marca 1952.

ki si jih je zadal. Družina, iz katere je izšel, je bila že več rodov zelo ustvarjalna. Njegov ded Jernej Lunaček je prišel na tedanjo Kranjsko v štiridesetih letih 19. stoletja iz čeških Boskovic. Kot tehnično izobražen človek je na Kranjskem montiral prvo parno žago in sodi v poglavje naše tehnične kulture. V tistem času je kar precej Čehov prišlo v današnjo Slovenijo s specifičnimi znanji, ki jih tu ni bilo. Na Notranjskem si je kupil posest z gozdovi, pri hiši pa so imeli tudi pošto in trgovino. Družina Lunaček je bila v Loškem Potoku zelo spoštovana, kar se odraža vse do današnjega časa. Kasneje je na posesti ostala njegova teta Matilda Lunaček. Družina si je že davno zaradi zaslug pridobila plemiški naslov. Pavel Lunaček je zelo rad zahajal v ta kraj, kjer je vzljubil gozdove, kar je botrovalo njegovi prvi študijski izbiri – gozdarstvu, ki ga je začel študirati v Zagrebu in ga prekinil, ko se je dokončno odločil za medicino, vendar je znal znanja, ki si jih je pridobil tam, spretno uporabiti med 2. svetovno vojno, ko je snoval konspirativne partizanske bolnišnice. Oče Aleksander je bil ravnatelj šole v Šentrupertu na Dolenjskem in vzor pedagoškim delavcem. Bil je v odboru za šolstvo takratne Avstro-Ogrske, kjer so oblikovali etične norme, ki naj bi se jih držali šolniki in so se tikale tudi odnosa učiteljev do učencev. Verjetno je Pavel po njem povzel visoka etična načela. Aleksander Lunaček je bil tudi avtor kar nekaj inovacij na področju čebelarstva in sadjarstva. Izumil je na primer posebno obliko čebeljega panja.

Pavel Lunaček je začel študij medicine na takrat nepopolni medicinski fakulteti v Ljubljani. Ker je obiskoval pred tem realno gimnazijo, ki v predmetniku ni imela latinščine, bila pa je obveza za vpis na medicinsko fakulteto, se je z veliko zagnanostjo lotil študija latinščine in jo v enem samem poletju toliko obvladal, da mu je bil mogoč vpis. Takrat so na fakulteti delovali karizmatični profesorji kot Janez Plečnik in Alfred Šerko. Patolog prof. Ivan F. Lenart je poročal o posebnem odnosu med prof. Plečnikom in študentom Lunačkom. Prof. Plečnik je nekje zapisal: »Tu pa je študent Pavel Lunaček, ki se odlikuje s takimi kvaliteta, da visoko presega svoje vrstnike. Iz tega mladeniča bo še nekaj velikega.«



Prof. Lunaček predavatelj v Babiški šoli, 1932.

Tu navajam nekaj manj znanih podatkov iz njegovega študijskega obdobja. V okviru predmeta anatomija je pripravil kožni del ušesnega polža in ga izluščil iz kostnega dela nepoškodovanega. Preparat je po poročilu prof. Lenarta edini na svetu. Študij je Pavel Lunaček nadaljeval v Zagrebu in Gradcu. V Zagrebu se je ukvarjal z zdravljenjem s hipnozo. Pomagal je neki ohromeli ženski, ki je bila že dalj časa na invalidskem vozičku, da je shodila. Prisluzil si je grajo, ker je zdravil, ne da bi imel za to licenco. Med študijem se je v celoti preživil sam, kar je od njega zahtevalo veliko samodiscipline in odpovedi. Pri tem je študijsko blestel in se vpisal v spomin tudi tamkajšnjim profesorjem. V Zagrebu se je pod vplivom učitelja porodništva prof. Franja Dursta odločil za kasnejšo specializacijo, ki jo je opravil pri profesor Alojzu Zalokarju v Ljubljani, nadgradil pa v Parizu na različnih ginekološko-porodniških klinikah v okviru pariške medicinske fakultete, tudi na kliniki Broca, v letih 1937–38.

Iz njegove knjižnice, ki se je le delno ohranila, saj so jo razdejali med 2. svetovno vojno italijanski okupatorji, je razvidno, da je bil zelo načitan. Našle so se leposlovne in filozofske knjige v francoskem, nemškem, angleškem in italijanskem jeziku. Zanimala ga je tudi vzhodna filozofija in modrost. Imel se je za konfucionista. Od tam je navdahnjena njegova življenjska maksima, ki jo delno navajam:

*Brez globoke ljubezni bosta misel in učenje.
Brez klenega plodu, brez plemenitih strmenj
bosta misel in učenje brez dobrega sadu.
A kdor bi rad nadvladal, ne bo prerasel.
Kdor sovraži, bo osovražen.
Kdor sramoti, bo osramočen.
Učimo se torej s plemenitim stremljenjem,
v globoki ljubezni, s prizadevno gorečnostjo v brezosebni dobroti.*

Kot študent se je družil s filozofom Mirkom Hribarjem, s katerim sta ostala doživljenjska prijatelja. Preko njega se je seznanil z budizmom, ki je bil posebna ljubezen prof. Hribarja.



Del profesorjev popolne Medicinske fakultete za mizo s slovenskimi politikmi kmalu po koncu 2. svetovne vojne. Na fotografiji med prepoznanimi z leve sedijo: rentgenolog Josip Hebein, okulist Peter Ješe, pediater Bogdan Derč, dermatovenerolog Jernej Demšar in mikrobiologinja Milica Valentinčič Petrovič. V sredini sedijo z leve biolog Hubert Pehani, ortoped Bogdan Breclj ter ginekolog in porodničar Pavel Lunaček. Na desni sedijo v glavnem politiki: prvi z desne minister za zdravstvo Marjan Ahčin, sredi vrste je predsednik vlade Boris Kidrič.

Kot mnogi napredni mladi ljudje v dvajsetih letih 20. stoletja se je športno udejstvoval. Bil je odličen smučar, kolesar in jadralec. V študentskih letih je prekolesaril Italijo in Francijo in bil sposoben preživeti skoraj brez denarja. To je kazalo na njegovo asketsko naravo. Dobro telesno kondicijo je vzdrževal celo življenje, nikdar ni opustil jutranje vadbe. Na kliniko je vedno hodil čez Ljubljanski grad. Ze zelo bolan je še spomladi 1955 smučal z družino v Gozd Martuljku. Svoje štiri sinove je obdaril s smučarsko opremo, saj mu je športno udejstvovanje otrok veliko pomenilo. Njegov odnos do narave je bil izrazito pozitiven in povezava z njo intenzivna. Znano je, da se je za nekatere izpite pripravljaval v Loškem Potoku, kjer si je na veliki smreki uredil študijski prostor. S profesorjema Bogdanom Brecljem in Francem Novakom so imeli na Uskovnici brunarico in so od tam turno smučali.

Poseben odnos, ki ga je imel s svojimi profesorji, je kasneje, sam kot univerzitetni profesor, prenašal na svoje učence. Niso ga zanimali le kot študentje medicine, ampak je bil vsestransko pripravljen pomagati in znano je, da so se študentje z njim posvetovali tudi o povsem osebnih stvareh, hodili z njim na smučanje in podobno. Bil je močna figura za poistovetenje. Dva njegova sorodnika, nečak in nečak v drugem kolenu sta postala ginekologa, po njem pa so se zgledovali tudi številni drugi.

Celo njegovo življenje je prevečala močna etična nota. Bil je človek za vse čase in tudi takrat, ko so drugim bile odločitve težke zaradi posebno zapletenih razmer, je pri njem veljala jasnost in odločnost. V času vojne so prišle na dan njegove organizacijske sposobnosti in ustvarjalnost, s pomočjo katerih je nastal koncept konspirativnih partizanskih bolnišnic. Delovanje v njih je zahtevalo veliko inventivnosti in improvizacije. Tam so se združile Lunačkove prejšnje izkušnje. Uporabil je vednost, ki jo je pridobil na gozdarski fakulteti. Zelo dobro je poznal gozd in mu ni bilo težko doseči konspirativnosti. Poleg tega je zaradi zelo solidnega medicinskega znanja lahko opravil na

primer operacijo na srednjem ušesu v improviziranih razmerah, čeprav to ni bilo njegovo strokovno področje. Lunačkove spretnosti so bile široko občudovane in spominjam se odlomka iz knjige človeka, ki je bil v britanski misiji v Kočevskem rogu, v kateri opisuje dr. Lunačka, kako je tako večšče obračal gozdne veje in kamne, da ni bilo več videti, kje so hodili. Roške bolnice so predstavljale tudi oazo visoke etične zavesti, saj so se tam zdravili tudi ranjenci z nasprotnikove strani po načelih medicinske etike. Čeprav Pavel Lunaček ni bil človek politike, se je v vojnem času tako angažiral, da so ga izvolili za delegata na drugem zasedanju AVNOJ-a. Dobil je tudi takrat najvišji vojaški sanitetni čin polkovnika. Ko se je leta 1944 v Rogu poročil, je od člana tuje vojaške misije dobil za poročno darilo knjigo *Urgentna kirurgija* s posvetilom: *To Coll. Igor for his partisan marriage*. Zanimivo je, da je knjiga z naslovom *Emergency Surgery* izšla istega leta, kupljena pa je bila v Kairu, kjer so takrat že bili Angloameričani.

Po vojni se je Pavel Lunaček zelo angažiral pri ustanavljanju popolne Medicinske fakultete, za katero je tudi v času županovanja pridobil prostore v bivši Šentpeterski kasarni. Prof. Kostnapfel poroča, da je tudi to opravil jasno in kratko, brez nepotrebne birokracije, tako rekoč z enim stavkom: »Šentpeterska kasarna se dodeli medicinski fakulteti«. V prvih letih delovanja fakultete so bile številne težave. Ustanavljali so se novi inštituti in mnogokrat so nastopili takšni problemi, da so nekateri učitelji obupavali. Tako je ob neki priliki doc. Andrej Župančič želel odstopiti. Oče ga je povabil nazaj kar s stavkom iz pesmi Župančičevega očeta: »Nered, ki vlada tod, potrebuje tvojih sil.« Bil je v dveh mandatih dekan Medicinske fakultete. Leta 1945 je dobil naziv rednega profesorja za ginekologijo in porodništvo, postal pa je tudi predstojnik Ginekološko-porodniške klinike. Na tem mestu je nasledil prof. Alojza Zalokarja, pod okriljem katerega je pred vojno deloval v Bolnišnici za ženske bolezni,



Jadranje na Kornatih. Pavel Lunaček v belem.

kjer je leta 1939 dobil naziv primarij. V povojnem času so izstopala njegova sistematična in odlična predavanja porodništva, organizacija pouka na Medicinski fakulteti ter organizacija ginekološko-porodniške službe v Sloveniji in širše. V večjih krajih so se ustanovljale porodnišnice in z dobro organizacijo službe za nosečnice je uspel doseči drastični upad umrljivosti porodnic in novorojenčkov. V tistem času je ta uspeh Slovenijo postavil pred bolj razvite sosednje države (npr. Avstrijo). Profesor Lunaček se je zelo angažiral za izgradnjo novega kliničnega centra in medicinske fakultete. »Okvirni program za novo medicinsko fakulteto se je nanašal na zamisel pokojnega profesorja Lunačka in je bil v skladu z značajem medicinske fakultete kot učne, znanstvene in zdravstvene ustanove,« piše dr. Drago Mušič. Pavel Lunaček je bil predsednik gradbenega odbora za izgradnjo nove fakultete. Dvakrat je bil nagrajen s Prešernovo nagrado. Kljub svojim dosežkom je ostal samokritičen in skromen. V enega od svojih življenjepisov je zapisal: »Sem izrazit govorniški antitalent, manjka mi tudi sposobnost za širšo organizacijo in pisanje«. Ta navedek se zdi skoraj komičen spričo tega, da je veljal za odličnega in sistematičnega predavatelja, da je dobil eno od Prešernovih nagrad za organizacijo porodniško-ginekološke službe v Sloveniji in da je napisal knjigo Porodniške operacije.

Bil je tip zdravnika, ki se je mnogim vtisnil globoko v spomin in še do danes njegovo ime ni zbledelo. Umrl je star 55 let zaradi malignega melanoma. Smrt je sprejel stoično.«

Slikovno gradivo je iz arhiva dr. Matjaža Lunačka, ki se mu zahvaljujem za sodelovanje. Zahvaljujem se tudi prof. Živi Novak Antolič.



Operacijska miza v partizanski bolnišnici.



Naslovnica Lunačkovega učbenika Porodniške operacije iz leta 1950, za katerega je prejel Prešernovo nagrado.

Dopolnilo k fotografiji: Študenti dveh ali treh letnikov medicine s svojimi učitelji v Ljubljani l. 1952, objavljeni v julijski številki na strani 35. Dr. Vida Košmelj Beravs je na fotografiji naknadno spoznala še 1. z leve med učitelji, zastopnika letnika Zorana Arneža, prof. dr. Mladen Est pa pravnik Medicinske fakultete Draga Jereba, predzadnjega z leve. Hvala obema za odzivnost.

Iz meditacijskih zakladov

Alisa

Peter Borisov

Po zadnji vrnitvi iz Skopja v Tetovo in opravljenem sanitetno-higienskem pregledu brigade sem bil nekega svetlega jutra septembra leta 1946 poklican v štab, kjer so mi izročili pisno povelje o premestitvi v divizijski medicinski center v Skopje.

Vesel sem bil spremembe, po drugi strani pa mi je bilo le nekoliko hudo, ker sem zapuščal pri tem kolega, ki je vodil sanitetno službo v sosednjem, drugem bataljonu. Zaradi mojega napredovanja je bil navidezno vesel, čutil pa sem, da mu le ni bilo prav. V zadnjem času sva se namreč precej zblížala. Tolažil sem se, da mi bo morda tudi njega uspelo potegniti za seboj v Skopje. Ko je napočil novi teden, sem se že zgodaj zjutraj vkrcal na prvi vlak, ki je spolzel proti Skopju. Po prihodu sem se javil v pisarno načelnika sanitetne službe divizije. Tu me je čakalo veliko presenečenje: dobil sem razpored za delo v bolnišnici na oddelku za nalezljive bolezni. Javiti sem se moral pri prim. dr. Zlatiču na oddelku za nalezljive bolezni trebušnih organov. Dr. Zlatič je bil zdravnik major, manjše postave, star okoli petdeset let, z dobrodušnim, vedno nasmejanim obrazom. Stisnila sva si roko in vprašal me je glede študija medicine. Prihajal je z beograjske klinike za nalezljive bolezni. Takoj me je napotil k mlajšemu kolegu, zdravniku kapetanu, ki je nadzoroval pet zdravniških sob, namenjenih za zdravljenje bolezni trebušnih organov. Prijazno me je sprejel in mi dodelil sobo, ki je bila odrejena za bolnike ženskega spola z dizenterijo. Nato me je popeljal po bolniških sobah in me sproti opozarjal na nekatere bolnice in bolnike, blede, izsušene, izstradane in dehidrirane. Dejal je, da zadnje tri tedne v Skopju razsajajo epidemije dizanterije in trebušnega tifusa, zlasti med civilnim prebivalstvom. Izšel je zato ukaz štaba vojske, da naj vojna bolnišnica sprejema tudi civilne osebe. Opozoril me je na diferencialno in klinično sliko bolezni, na klinične laboratorijske preiskovalne metode in terapijo. Skupaj sva obravnavala na novo sprejete bolnike in vsakič mi je pri tem pomagal. Po dveh mesecih sem se vživel v klinično delo. Opozorjen sem bil, kot vsi zdravstveni delavci, da si moramo po odhodu iz bolniške sobe vselej umiti roke v razkužilo, ki je bilo pripravljeno v vedru ob izhodu iz bolniške sobe. Zaradi navala bolnikov ob sprejemu je večkrat prisostvoval tudi primarij, ki je odredil, če je bilo potrebno koga odpustiti v domačo oskrbo.

Tako so nekega dopoldneva sprejeli na oddelek devetnajstletno dekle, ki je bilo v težkem stanju. Bila je tahikarna, težko je dihala, subfebrilna, zelo shujšana, koža ji je bila blede sivkaste barve, tudi po obrazu in ne samo po trupu; pogosto jo je sililo na blato, ki je bilo sluzavo in krvavo. Primarij ji je odredil strogo dieto, ki se je omejevala na sveže naribana jabolka do rjavorumene barve. Ves čas je dobivala tudi infuzijo fiziološke raztopine s sedativi in vitamini. Aplicirali smo ji še antidizenterični serum. Primarij mi je naročil, da strogo pazim na krvni

tlak in temperaturo mlade Turkinje, imenovane Alisa. Ko sem ji meril tlak, se je trudoma skušala nasmehnuti, a zelo je pri tem trpela. Kljub bolezni je bil njen obraz izredno prikupen, kot bi jo izklesal velik umetnik. Sobna medicinska sestra Milica je Aliso kmalu vzljubila in vsi smo jo imeli na svoj način radi. Po petih tednih intenzivne terapije in nege se je Alisino stanje pričeloboljšati. Ustavila se je krvavitev. Bolnica je še vedno dobivala infuzije glukoze in obilo vitaminov. Bledica na obrazu se je postopoma umikala blede rožnatemu tenu. Primarij je bil zadovoljen in menil je, da je bolnica izven krize. Dve sosednji postelji pa sta ostali prazni. Dizanterija je tiho pobirala svoje žrtve.

Po naslednjih tednih je bilo Alisino zdravstveno stanje zadovoljivo in primarij je odredil, da se jo lahko odpusti v domačo oskrbo.

Od prejšnjega dne je deževalo... V curkih je bobnelo po pločevinasti strehi bolnišnice in tako je bilo vse do jutra. Zjutraj me je dal poklicati primarij in mi dejal, da se je pri njem oglasil Alisin oče Karabegovič in ga povabil na majhno domačo proslavo ob hčerkinu ozdravitvi. Ker pa je bil preobremenjen z delom, mi je predlagal, naj ga zastopam v turški hiši, kjer je živeła Alisa. Za obisk je bila določena sobota popoldne, kar mi je nekoliko rušilo lastne načrte, ker sem bil prav v soboto prost dežurne službe. A s primarijem sva se dobro ujela in zato nisem želel, da bi obisk povzročil kake zaplete med nama, zato mu nisem ugovarjal. Bil pa sem končno tudi Alisin sobni zdravnik.

Na pozno sobotno popoldne, ko se je že zmrčilo, sem zapustil bolnišnico. Kmalu sem odkril hišno številko in hišo, kjer je živeła Alisa. To je bila velika enonadstropna kamnita hiša sredi gostega sadovnjaka. Ob vratih je bilo na velikem okvirju pritrjeno železno tolkalo, s katerim sem naznanil svoj приход. Odprla mi je v črno oblečena ženska postava, prekrita s ferendžo. Predstavil sem se ji, nakar me je popeljala po krajših stopnicah v prvo nadstropje. Ko je odprla vrata, sem zagledal veliko sobo s štirimi okni, katere stene so bile prevlečene s svilenimi raznobarnimi preprogami. Izpod stropa, ki je bil prebeljen z lesketajočim se sultanovim apnom, je visel srebrn lestenec, obložen z bogatim okrasjem. Tik pod njim je v polkrogu, na nizkih svilenih blazinah, sedela skupina starejših mož, ki so imeli glave pokrite s turbani. Meni so prinesli majhno leseno klop. Kasneje sem spoznal, da je bil med njimi nek kadija, dva trgovca in še neko sorodstvo rodbine Karabegovičev. Ko sem vstopil, so se živahno pogovarjali. Med njimi sem takoj spoznal Alisinega očeta, ki je vstal in stopil proti meni. Pozdravila sva se, nato se je gospodar obrnil proti gostom in me predstavil. Sledila je gosta tišina, ki sem jo izkoristil, da sem se razgledal po sobi. Leva stena je bila popisana z zlato turško pisavo z izreki iz Korana. Tla so bila

prekrita z debelo pisano volneno preprogo, okrašeno s številnimi arabeskami. V desnem kotu je na tleh stala velika okrogla pozlačena kletka z dolgorepo papigo araro. Ob zadnjem oknu skoraj v kotu se je vila zelena aralija, medtem ko je na desni strani sobe stal na tleh nizek vodomet z visokim curkom, ki je segal skoraj do stropa. Ob straneh je bil okrašen s fantastičnimi lesketajočimi se arabeskami. Trenutek molka, ki ga je povzročil moj prihod, je nenadoma pretrgala sloka, smejoča se Alisa, ki je nosila zlat pladenj z arakom, močno muslimansko pijačo. (Izjemoma so jo to pot pili na zdravje Alise.) Ženska, ki sem jo spoznal kot prvo, ko sem stopil v hišo, je bila Alisina mati, ki je na pladnju prinesla kandirane mandeljne s kisom in rdečkastim prelivom s tnoškom. Sledila je tradicionalna boza, potem sočna baklava in prava kava. Sobo je poleg jedi napolnilo tudi mrmranje številnih glasov. Med gosti je bil zanimiv, petdesetletni erodit, ki se je posebno zanimal za medicinska vprašanja, na katera naj bi mu pridno odgovarjal. Alisa, ki je postajala vedno bolj žareča od sonca, je bila oblečena v svilen temno modro bluzo in iste barve turške hlače, vse v stilu tisoč in ene noči.

Nenehno me je zrla, kot bi hotela reči: »Ali je resnica, da si me prišel obiskat?« Zato mi je bilo nerodno, saj nisem vedel, kako naj bi se pri tem zadržal. Iz omenjenih trenutkov me je rešil erodit, ki je živahno pripovedoval, da namerava vsa ta zbrana skupina v kratkem odpotovati v Turčijo, v svojo nekdanjo domovino, kjer bo imela bolj varno in sproščeno življenje kot tukaj. Vsi so bili namreč Turki. Nastal je neprijeten trenutek molka, kajti čakali so, kaj bom rekel na vse to. Morda je bilo nekoliko provokativno?

Iz daljave so se slišali glasovi sandolinke... Ženske, ki so stregle, so to pot nosile na pladnjih nadevanega pečenega jagenčka v medu in piščanca. Nato je vstopila Alisa in mi prinesla poln krožnik vseh teh dobrot. Po jedi sem si umil roke z rožnatim moškom. Nato je sledila še sladka jed.

Kadija je nadaljeval svojo razlago. Menil je, da je bila dogmatika islama preprosta. Musliman mora trdno verovati, da obstaja le en sam Bog. Kakor je dogmatika islama preprosta, tako so preproste tudi njegove dogmatične in praktične zapovedi. Značilnost njihove vere je, da se odločno vmešava v vse pore življenja. Zato je muslimanska duhovščina od nekdaj opravljala bolj svetne kot čisto verske zadeve. Muslimanska cerkev je bila v deželah islama tudi velika gospodarska moč, je nadaljeval kadija. Pristavil je, da so bili pogledi na človeka na Srednjem in Bližnjem vzhodu že v srednjem veku točno določeni. Nato je pristopila k meni Alisa in me na prigovarjanje očeta popeljala v sadovnjak. Oče je bil namreč nanj zelo ponosen, zato je želel, da bi ga videl. Na zelenih vejah so viseli bogati plodovi skute, granatnih jabolk, ananasa in še česa. Zrak je bil dišeč in topel, čeprav se je ura nagibala proti sedmi zvečer. In tedaj se je zgodilo: »Doktor, pomagajte mi prosim...« V hipu so ji pritekale debele solze in bridko je zajokala. Bila je zares očarljivo dekle ali kot so rekli Francozi »*d'astre de jour*«. Nato je dejala: »Od dneva, ko sem te zagleda, nisem mogla mirno spat, ker sem mislila, da me

ti lahko rešiš.« Skušal sem jo potolažiti in jo vprašal, zakaj joče. Bila je tako popolna, da me je vsega prevzela... Dejala mi je, da jo je oče namenil tistemu trgovcu, ki je sedel tik ob meni. Odpeljal naj bi jo kot tretjo haremsko ženo v Turčijo. Ona pa se je tega bala. Skozi solze mi je zaupala: »Prisegam pri Velikem Alahu, da bi ti dala svojo dušo, če bi mi pomagal in me odpeljal od tod. Zvesta sužnja ti bom.« Povedal sem ji, da bom kmalu, že čez nekaj dni, zapustil bolnišnico v Skopju in se vrnil domov v Ljubljano na študij medicine. Študij je bil naporen, drag in dolg, pri materi pa bi imel stanovanje, vendar bi poleg študija moral opraviti še kakšno priložnostno delo, da bi se lahko preživljal. Mati vdova mi bo olajšala življenje s tem, ko mi bo nudila stanovanje. Nikakor pa ne bi mogel domov pripeljati še Alise in jo obesiti na materina ramena. Prosil sem, da me razume: tudi jaz gojim do nje posebna čustva, kljub temu pa je ne bi mogel zdaj odpeljati s seboj. Ob tem je nenehno ihtela. Srce se mi je trgalo in nisem vedel, kako bi ji pomagal. V solzah sva se tiho poslovila...

Naslednjega dne sem premišljeval o Alisi in bil prepričan, da bo le tako prav, kot sem ji povedal. Trpka žalost pa mi je stopila v dno srca in žal mi je bilo Alise. Zavedal sem se, da drugače ne bi mogel storiti, če bi hotel nadaljevati s študijem medicine. Odpovedati temu pa se nisem mogel, posebej zdaj, ko sem v bolnišnici spoznal, kaj pomeni čar prave rutinske medicine.

In tako je napočil dan mojega odhoda. Imel sem vse potrebne dokumente. Dobil sem potni nalog za brzovlak do Beograda in Ljubljane. Na peronu v Skopju sem zagledal Aliso. Z žalostnim nasmehom je stopila proti meni in zopet so jo oblike solze. Stala sva in se gledala iz oči v oči. Minute so tekle. Do odhoda vlaka je bilo še nekaj minut, brez besed sva se poslavljala... Vsakdo od naju je vedel, kaj nama je storiti. Še en zvonec in skočil sem v vagon ter na hodniku odprl okno. Še vedno je stala tam, ihtela ter me gledala. Tudi meni je šlo vse bolj na jok... Drugi zvonec... Čutil sem, da se bo v tem hipu odločilo o usodi obeh. V hipu bi skočil iz vagona in stopil k njej. Toda tega nisem storil. Že je šel sprevodnik z rdečo kapo... Še zadnji zvonec in vlak se je počasi premaknil... In nato so vagoni drseli vedno hitreje in vedno hitreje se je oddaljevala podoba, ki jo je spremljala Alisina postava. Dvignila je še roko v zadnji pozdrav... Tedaj sem se razjokal...

Nato je minilo nekaj študijskih let. Končal sem medicino in leta 1963 je neko zgodnje jutro naznanilo, da so se v Skopju stresla tla in da so se porušile mnoge stavbe in ulice. Ministrstvo za zdravje me je določilo, da vodim manjšo ekipo zdravnikov, sester in babic, kot pomoč nesrečnim ljudem. Z brzovlakom smo oddrveli proti Skopju. Ko smo prispeli na določeno zbirno mesto, so nas skopski zdravstveni organi razporedili. Tako sem stopal med ruševinami, ne da bi vedel, kje hodim, vse je bilo uničeno, stavbe so se sesule... Pred seboj sem nenadoma zagledal kamniti okvir, na gladkem kamnu je bila hišna številka nekdanjega Alisinega bivališča... Ozrl sem se naokoli in tiho zaklical: »Alisa, Alisa!« Vendar se na moj klic ni nihče odzval.

Termalno zdravljenje med ognjeniki ob Blatnem jezeru na Madžarskem

Tomaz Rott

Večina pozna še aktivne **vulkane v naši sosesčini**, Etno, Vezuv, Eolske otoke s Strombolijem in Strombolicchium v Italiji, Santorini v Grčiji in druge, nekateri tudi naš že ugasli Smrekovec med Šaleško in Mežiško dolino (ki je upokojen že približno 30 milijonov let), verjetno pa nekaj manj ljudi ve za področje že dolgo mirujočih vulkanov na severni strani Blatnega jezera, vulkansko polje Bakonskega gozda nad Blatnim jezerom (v strokovni literaturi omenjeno kot Bakony-Balaton Highland Volcanic Field). V tem področju so vulkani v glavnem delovali v poznem miocenu (čas med 23,03 in 5,33 milijoni leti). Vulkansko polje sestavlja približno 100 večinoma alkalnih bazaltnih eruptivnih centrov, žlindrasti stožci, prstani iz lehnjaka in druge za vulkane značilne strukture. Geološka zgodovina tega področja zato nudi številne termalne vrelece, ki so vir bogatih zdravilnih mineralnih vod za kopanje in pitje (ki jih lahko nadomestimo tudi z odličnimi in nedvomno tudi zdravilnimi vini s tega področja). Vse to je omogočilo razvoj zdraviliškega turizma.

Na celotnem Madžarskem je preko 1000 **toplih vrecev** mineralnih in zdravilnih vod, ki imajo temperaturo vsaj 30° C, kar danes izkoriščajo v 400 termalnih kopališčih in zdraviliščih. Različne zdravilne vode vsebujejo različne količine magnezija, natrija, kalcija, železa, arzena, litija, kalija, mangana, broma, fluora, žveplene kisline, joda, karbonatov, vode pa so lahko tudi radioaktivne. Odvisno od kemične sestave mineralnih vod si lahko lajšamo težave ali zdravimo bolezni kože, dihal, kostno-mišičnega sistema, okrepimo si lahko imunski sistem, poživimo obtočila, tako krvni kot limfni obtok, pospešimo zdravljenje bolezni in celjenje poškodb itd. Poleg klasičnih toplic so marsikje razvili wellness centre, kjer poleg hidroterapije in fizioterapije, klasične masaže, manikure in pedikure, savne in whirlpoolov

ponudijo tudi manj običajne in nenavadne načine zdravljenja, kot so masaže z vinom, čokolado, medom ipd. Slednje gotovo lahko vsaj kratkoročno dvignejo razpoloženje, dokler ne vidiš obremenitev bančnega računa.

Budimpešta je znana po približno štiridesetih naravnih termalnih kopališčih. Med najstarejše ohranjene iz 16. stoletja sodijo toplice Király in Rudas, primerne posebno za zdravljenje sklepnih in kostnih bolezni, znane so še toplice Gellert za zdravljenje obtočnih motenj, astme in kroničnega bronhitisa. V toplicah Széchenyi, ki sodijo med največje v Evropi, pa poleg zdravljenja kostnih bolezni s pitjem mineralnih vod zdravijo tudi bolezni notranjih organov. Mimogrede, ko sem se pred leti spustil pod grajskim področjem v podzemni labirint (Budavári Labirintus), je bil v enem od prostorov vodnjak, pravzaprav bolje, »vinjak«, saj je iz cevastih odprtih namesto vode pritekalo zelo dobro rdeče vino, ki si se ga lahko napil po mili volji. Kopalnica, ki te je ogrela od znotraj! Zaradi vseh omenjenih številnih kopeli (vključno z zadnjo) madžarsko glavno mesto upravičeno proglašajo za svetovno prestolnico toplic.

Drugi največji kompleks toplic je blizu kraja **Sopron**, ki leži ob severozahodni meji Madžarske, 220 km od Budimpešte, kjer poleg zdravljenja kostnih in mišičnih bolezni priporočajo tudi zdravljenje bolezni prebavil, roditelj in sečil. Tople kopeli pa naj bi pomagale tudi pri zdravljenju protina in osteoporoze.

Baje edine evropske toplice v podzemnih jamah (ki jih je na Madžarskem približno 3000 – v skoraj štirikrat manjši Sloveniji pa preko 10.000) so v kraju **Miskolc-Tapolca**, ki leži severovzhodno od Budimpešte. Tu zdravijo bolnike s težavami pri dihanju, predvsem astmatike. Za zdravljenje revmatizma je pomembno tudi drugo največje termalno jezero na svetu, **jezero Hévíz**, kjer naj bi zdravilno učinkovali topla in radioaktivna voda, anorgansko blato in organski fango z dna jezera. Že Rimljani so tople vrelece izkoriščali za številna javna kopališča. Turki pa se kopelimi niso odpovedali niti med vojnimi časi in so jih zato gradili za zidovi utrjenih mest.

Blatno jezero oz. Balaton (z »ljubkovalnim« vzdevkom Balcsi; ime jezera naj bi po navedbi nekaterih izviralo iz besede slovanskega porekla blato, po navedbi drugih pa iz avarske besede blatno, ki pomeni stoječa voda) imenujejo tudi madžarsko morje, saj je dolgo 74 km in široko do 12 km in je s 197 km obale (na kateri je 130 plaž) ter 595 km² površine največje sladkovodno jezero v Srednji Evropi, globoko od nekaj cm do 11 m, povprečno le tri metre. Leži na nadmorski višini 104 m, na jugovzhodu t.i. Bakonskega gozda, ki je najznačilnejši del vulkansko-apnenčasto-dolomitnega sredogorja na zahodnem delu Madžarske. Poleg Nežiderskega jezera je Balaton edino



S slamo prekrita hiša in značilni dimnik s križem v Tihanyju.



Hrib Hegyestu z orgelsko oblikovanimi bazaltnimi skladi.

srednjeevropsko stepno jezero. Velja za enega najbolj čistih jezer v Evropi. Ker se poleti jezerska voda lahko segreje tudi do 30 °C, je jezero zelo primerno za razvoj kopalniškega turizma (kopanje je možno od maja do oktobra), ki ga dodatno bogatijo v okolici krajev Keszthely, Balatonfüred in Tihany termalno-mineralni vrelci, kjer se že od leta 1765 razvijajo termalna zdravilišča. Poleg tega so okoliški kraji na severu znani po vinogradništvu (predvsem vinorodni rajon Badacsony, na področju vulkanskega polja), na jugu pa poleg vinogradništva (Balatonboglár) po kmetijstvu. Pomembno je tudi ribištvo. Največje mesto ob jezeru je Keszthely, ostala pomembnejša mesta ob obali so še Siófok, Fonyód in zdraviliško mesto Balatonfüred. Zaradi številnih zabaviščnih in rekreacijskih centrov Blatno jezero imenujejo tudi »ljudsko igrišče«. Največji pritok jezera je reka Zala, ki pa seveda nima nič skupnega z našo pijačo. Mali Balaton (Kis-Balaton), razglašen za narodni park, je močno zamočvirjen južni predel Blatnega jezera, predstavlja eno najbolj znanih zavetišč za ptice in divjad, predvsem bizone. Med pticami Blatnega jezera lahko med drugim opazujemo laboda grbca, mlakarico, sivo in belo čapljo, ponirka, vodomca, sivo gos, kanjo in kormorana.

Ko sem se prvič peljal proti Budimpešti ob Blatnem jezeru, so mi na njegovi severni strani vzbudili pozornost deloma še koničasti stožci, deloma pa že na videz ploščato zravnani ali celo zaobljeni, in pomislil sem na vulkansko pokrajino. Po vrnitvi domov sem na to pozabil, dokler se z Urško pred nekaj leti nisva za

nekaj dni ustavila v mestecu Balatonfüred na severni strani Blatnega jezera. Tedaj sem imel toliko časa, da sem malo pobrskal po prospektih, v katerih so se potrdili moji prvi vtisi o nekdanji predzgodovinski ognjeniški dejavnosti v teh krajih. Zato sva sklenila obiskati nekaj stožčastih gričev in kljub ponekod slabo označenim ali s podrastjo močno preraščenim potem spoznala nekaj zanimivosti.

Vulkani so delovali do pred nekaj milijoni leti, ko je področje današnje Madžarske prekrivalo plitko Panonsko morje. Vulkani so predstavljali otočke tega morja kot sedanji grški otoki v Egejskem morju. Danes so ti ugasli vulkani le hribčki s približno 300 do 450 m nadmorske višine oziroma se dvigajo približno 200 do 350 m nad izključno severno stranjo Blatnega jezera, o katerem so nasprotujoča mnenja o času in načinu njegovega nastanka: jezero naj bi nastalo zaradi tektonskega udora v mlajšem pleistocenu (2,588 milijona let do 12.000 let), približno pred 20.000 do 25.000 leti, po drugih virih se je oblikovalo po vulkanskih erupcijah že v terciaru (64 do 1,6 milijona let). Nekateri menijo, da je reliktno jezero oz. preostanek Panonskega morja, drugi pa, da njegov nastanek ni povezan s Panonskim morjem.

Na hribčkih z rodovitno vulkansko prstjo rastejo trte za odlična bela vina, med katerimi je najbolj cenjeno vino znamke Somló. Vinogradništvo in vinarstvo ima korenine in tradicijo iz časa Rimljanov, verjetno tudi Keltov. V dolinah med griči pa iz sedimentnih kamnin nekdanjega Panonskega morja izvira odlična mineralna

voda, ki je bila priljubljena pijača tudi bizantinske cesarice Teodore (s katero je verjetno poplaknila dobra vina).

Najina pot se je vila ob obali med Balatonfüredom in Tihanyjem in šla v notranjost, med drugim mimo ognjeniškega hriba Hegyestu v bližini Monoszla, mimo širokega in na vrhu skorajda ploščatega hriba Badacsony do hriba Szent György-hegy (hrib sv. Jurija). Pot sva nadaljevala do kraja Tapolce. V navedenih krajih sva lahko opazovala nekatere značilnosti vulkansko-apnenčastodolomitnega sredogorja. Domov sva se vračala mimo termalnega jezera Hévíz.

Balatonfüred je kopalniško mesto z več kot dvestoletno tradicijo, bogato ponudbo za sloje z različno debelimi denarnicami. Medicinsko vrednost kiselkastih izvirov so potrdili že leta 1722, leta 1765 pa so že delovale toplice. Prvi naj bi sicer izvire izkoriščali že Rimljani, s samo vodo so zdravili želodčne težave, pomešano s kozjim mlekom pa pljučne bolezni. V mestu je eden največjih madžarskih kardioloških centrov, kjer se je zdravil tudi indijski pesnik in nobelovec Rabindranath Tagore. Dobrih dvesto metrov nad mestom je razgledni stolp s pogledi na mesto, polotok Tihany in na Bakonski gozd. V bližini mesta je manjša, 120 m dolga podzemna jama **Lóczy barlang**, v kateri je mogoče videti lepo urejene apnenčaste skalnate sklade.

Nekateri menijo, da prav polotok **Tihany** predstavlja rojstni kraj vulkanov pred 8 milijoni leti. Polotok je bil leta 1952 proglašen za prvi madžarski narodni park. Med ognjeniški pojavi lahko zahodno od vasice Tihany opazujemo dve jezerci, ki zalivata nekdanji žreli vulkanov, južno pa so skalnati stožčasti dimniki nekdanjih gejzirov. Geološki pojavi in mikroklima na polotoku so vzrok za nekoliko nenavadno floro in favno. Zgornje jezerce je zavetišče za divje race in druge ptice.

V Tihanyju so leta 1055 zgradili benediktinski samostan. V kripti samostanske cerkve je pokopan ustanovitelj samostana, Andrej I. Njegovo truplo je za razliko od ostalih članov arpadske dinastije ostalo edino na mestu prvega pokopa. Na dimnikih starih stavb lahko opazimo križe, kar je značilno za to regijo. Precej starih

starih hiš so obnovili s kritino iz slame. Nekdo je »pametno« ugotavljal in zapisal, da »slamo posadijo na streho, počakajo da zraste in jo nato porežejo, da tako izoblikujejo streho«. Morda bi tudi pri nas na Gorenjskem počakali, da bi iz na streho položenih skodel zrasla drevesa – in vsi, vključno z naravovarstveniki, bi bili presrečni.

Na 337 m visokem hribu **Hegyestu**, kjer naj bi v kamnolomu, »rudniku bazaltnih kamenin« kopali za gradnjo potrebne trdne kamenine, sva občudovala do 50 m visoke šesterokotne stebre kristalizirane lave, ki izgledajo kot »orgle«. Dvigajo se proti nebu v dveh ravneh in se proti vrhu koničasto ožijo.

Szent György-hegy je 415 m visok hrib, prekrit z vinogradi, ima več pešpoti, ena izmed njih te pripelje mimo 30 do 40 m visokih in do 1 m v premeru širokih bazaltnih stebrov na vrh. Vulkanske kamenine, ki so se ponekod delno razkrojile, predstavljajo plodno zemljo. Tako ni nenavadno, da na več mestih iz »orgelskih« masivov rastejo drevesa. Na vrhu hriba izpod tanke travnate površine zlahka izbrskamo brezstrukturno oblikovano lavo, ki se hitro strjuje po izbruhu vulkana in običajno prekriva počasi nastajajoče šesterokotne stebre. Zaradi starosti heksagonalne kristalne strukture lave pa že kažejo krušenje, najedanje, za razliko od podobnih mlajših gladkih in ostrorobih tvorb, ki jih najdemo na Islandiji, Škotskem, Kanarskih otokih itd. Ponekod so deloma že razpadajoči visoki stebri predvsem prečno razpokani in spominjajo na visoke kupe zloženih palačink. Ko sva si ogledovala mogočne »orgelske« sklade heksagonalno oblikovanih kristalov lave, sem se spomnil besed, da so Madžari redoljubni ljudje in imajo zato tudi kamenje zloženo v urejenih skladih.

Nedaleč stran od tega hriba, tik ob Blatnem jezeru, je še razsežnejše vulkansko področje **Badacsony** z vrhom na višini 436 m. Po izbruhu magme nad površino nekdanjega morja so na jugovzhodni strani vulkana nastali do 210 m visoki bazaltni stebri, ki jih prekriva večji del porasel in delno uleknjen vrh. Po hribu poteka 4 km dolga krožna pot in pripelje do enkratnega razgledišča. Na položnih brežinah vulkana so štiri vasi z vinogradi na bogati



Pogled iz hriba sv. Jurija na okolne ugasle vulkane.



Drevice raste iz rodovitnih vulkanskih kamenin.



Podzemno jezero v Tapolci.

vulkanski zemlji, vmes pa so vinske kleti. Predvsem bela vina s tega področja (Zöldszilvány, sivi pinot Szükerbarát, Olaszrizling in za regijo značilen Kéknyelő) sodijo med najboljša na Madžarskem. Očitno so se tega zavedali tudi Avari, ki so umrli dodali na pot v onostranstvo grozdna semena, da ne bi v posmrtnem življenju trpeli zaradi pomanjkanja dobre pijače.

Nekoliko bolj severozahodno, prav tako ob severnem bregu Blatnega jezera, na pol poti med Tihanyjem in Keszthelyjem, je slikovita vasica **Szigliget**, kjer nad njo na Grajskem hribu (Várhégy) kraljujejo mogočni ostanki gradu iz 13. stoletja. Z gradu je izjemen razgled s pogledom na Blatno jezero in vulkansko polje. Tudi iz te vasice te pot lahko pripelje do Tapolce.

Ime kraja **Tapolca** ima slovanske korenine in je povezano s pojmom toplote. Znamenitost mesteca je podzemsko jezero 18 m pod mestom, ki so ga slučajno odkrili pri kopanju vodnjaka. Del tega vodnega podzemlja je mogoče obiskati v čolnih. Podatki o razsežnosti tega jezera so zelo različni, od nekaj sto metrov pa tja do 4 km dolžine. Kompleks podvodnih kanalov naj bi nastal med ognjeniško dejavnostjo, ko naj bi razgreta voda pod visokimi pritiski raztapljala kamenine in ustvarila podzemne kanale. Temperatura zraka v jami je približno 18° C, voda pa ima stalno 25° C.

Na skrajni severozahodni obali Blatnega jezera je največje mesto ob Blatnem jezeru, **Keszthely**. Osem kilometrov naprej proti severozahodu pa lahko pridemo do jezera **Heviz**, ki predstavlja s svojimi 47.500 m² največje termalno jezero v Evropi in je za novoze-landskim jezerom Tarawera drugo na svetu. Njegova temperatura je poleti od 33 do 35° C, tudi v najhujši

zimi nikoli ne pade pod 26° C. Voda, ki se v celoti obnovi v slabih dveh dnevih, je deloma radioaktivna, zato ne priporočajo dolgotrajnega kopanja, ki sicer pomaga revmatizmu ali težavam z udi, izboljša venski in limfatični obtok, umirja in zmanjšuje oteklino itd. V vodi ni patogenih klic, ker je jezersko blato baktericidno. Zaradi globine jezera je potrebna previdnost s slabimi plavalci in otroki. Heviz predstavlja ene izmed najbolj pomembnih toplic na Madžarskem, kjer je kopanje praktično mogoče celo leto, če že ne v jezeru samem, pa v paviljonih. S svojim več kot 100-letnim obstojem pa vsaj po zunanem videzu toplice ohranjajo atmosfero 19. stoletja. Jezero je povezano z legendo, da je Devica Marija po priprošnjah krščanske dojilje pomagala pri ozdravitvi rimskega otroka, kasnejšega vzhodnorimskega cesarja Flavija Teodozija, ki je leta 391 razglasil krščanstvo za državno vero.

Kratek sprehod ob severni obali Blatnega jezera in njeni neposredni okolici kaže na pestro turistično ponudbo te pokrajine, ki jo lahko obogatimo s tradicionalno dobro madžarsko kulinariko in spoznavanjem dobrih vin. Verjetno ni nikjer v naši bližini drugih krajev, kjer lahko opazujemo posledice vulkanske dejavnosti vključno z geotermalnimi pojavi in razvojem termalnih zdravilišč ter ob tem izkoristimo vsaj del turistične ponudbe. In nekaj tega lahko doživimo celo v enem samem dnevu. Kasneje pa lahko tudi razmišljamo, kako kratka je zgodovina človeštva v primerjavi z geološkimi obdobji in kako skromna je človeška ura v primerjavi z geološko.

Literatura je na voljo pri avtorju.

Apiterapija – uporaba čebeljih pridelkov v skrbi za boljše zdravje

Majda Kurinčič Tomšič

Čebela sodi med žuželke. Vendar jo smemo po nekaterih njenih presenetljivih lastnostih primerjati s sesalci in celo s človekom; svoje potomce hranijo z mlečkom, vzdržujejo stalno temperaturo v panju, okrog 35 °C, imajo izjemno sposobnost učenja in spoznavanja ter nizko stopnjo razploda. Darwin je ugotovil, da čebele ni mogoče uvrstiti v normalen evolucijski razvoj.

Od nekdaj ima medonosna čebela posebno mesto v življenju človeka. Je njegova spremljevalka in najpomembnejša žuželka na Zemlji. Pridelava sadja je kar v 80 odstotkih odvisna od oprasitve s posredovanjem čebel. V grobem je več kot 30 odstotkov svetovno pridelane hrane odvisne od čebel. Albert Einstein je izjavil: »Ko bodo izginile s planeta čebele, bo človeštvo na njem moglo preživeti le še štiri leta.« Čebele so zelo občutljiv indikator stanja okolja. Človek in čebele so odvisni drug od drugega. Dosedanja spoznanja o čebelah nam nudijo mnogo možnosti za bazične raziskave v biomedicini.

Prvi zapisi o koristnosti čebeljih pridelkov so ohranjeni v svetih knjigah: »Bog je navdihnil čebele za nabiranje hrane na vsem sadju, da bi pridelale tekočino različnih barv, v katerih so zdravila za človeka.« ali »Iz trebuha čebele prihaja tekočina (čebelji strup), ki je zdravilo za človeka.« (Koran)

Apiterapija je medicinski koncept o tem, kako si s pomočjo čebeljih pridelkov krepimo in ohranjamo zdravje. Temelji na znanstveno osnovanih utemeljitvah več tisočletnih empiričnih izkušenj uporabe čebeljih pridelkov.

Čebela nas ne navdušuje le z načinom svojega vzorno in natančno organiziranega življenja. Lahko se tudi čudimo ugotovitvam znanstvenikov, ki proučujejo čebelje pridelke. Med, propolis (zadelavina), cvetni prah, matični mleček, vosek in čebelji strup so nujno potrebni za obstoj čebelje družine, njihov razvoj in za nov zdrav zarod.

Z raziskavami so ugotovili zelo kompleksno sestavo čebeljih pridelkov in njihovo nedvomno vrednost za preprečevanje obolenja in za ponovno vračanje zdravja obolelih. Znanstveno proučevanje čebeljih pridelkov se je začelo v začetku 20. stoletja, a je zamrlo z odkritjem antibiotikov in drugih učinkovitih zdravil, ki so mnogo obetala. S postopnim razvojem odpornosti mikroorganizmov na antibiotike ter zaradi škodljivih stranskih učinkov raznih zdravil so se znanstveniki v zadnjih desetletjih ponovno lotili intenzivnega proučevanja čebeljih pridelkov in naravnih zdravil, predvsem rastlinskega izvora.

Med je najbolj poznan čebelji pridelek, ki ga uporabljamo v vsakdanji prehrani za slajenje, za lajšanje prehladnih obolenj, za boljši spanec in tudi kot vir energije pri fizičnem delu in v športu. Medonosne čebele izdelajo med iz medicine (nektarja) ali mane s pomočjo encimov. Poleg vode vsebuje med kompleksno mešanico sladkorjev. Več kot tričetrtinski delež imata glukoza in fruktoza, spremenljiv delež imajo disaharidi in višji oligosaharidi. Enostavni sladkorji se hitro razgradijo, pri čemer dajo telesu energijo, sestavljeni sladkorji pa se razgrajujejo počasneje,



Čebela s polnima vrečkama cvetnega prahu na cvetu boreča.



Čebele na cvetu potonike.

zato daje med dolgotrajnejši občutek sitosti v primerjavi z belim sladkorjem. Poleg sladkorjev vsebuje med flavonoide (antioksidanti) in številne druge organske sestavine, encime, hormone, vitamine in minerale, skupno okoli 200.

Temni medovi vsebujejo več flavonoidov in izkazujejo večje protimikrobno delovanje (uničijo npr. streptokoke, kandidate in *helicobacter pylori*). Med je od nekdaj poznano sredstvo za celjenje ran, opeklin, turov. Učinkovit je tudi pri zdravljenju kroničnih ran in razjed, kot na primer pri ljudeh s sladkorno boleznijo in pri tistih z inficiranimi zapletenimi zlomi. Med deluje protimikrobno na številne patogene mikroorganizme, aktivira makrofage, pospešuje obnavljanje tkiva, zmanjšuje bolečino in neugoden zadah kronične rane, povečuje prekrvavitev in zmanjšuje nastajanje škodljivih prostih radikalov. Za celjenje ran se uporablja medeni obliž, ki je pripravljen s steriliziranim medom. Njegovo učinkovitost so preverili tudi v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani, na oddelku za kirurške infekcije. V Sloveniji še nimamo tehnoloških možnosti za steriliziranje medu. Lahko pa kupimo uvožen sterilni med manuke, ki je najbolj raziskan. Domače raziskave so pokazale, da je učinkovitost kostanjevega medu primerljiva z medom manuke.

Pomembna je tudi ugotovitev, da med spodbuja rast koristnih bakterij v prebavilih, s tem podpira delovanje imunskega sistema, pomaga tudi zniževati raven holesterola in blaži ali s posebnim režimom uživanja celo pozdravi alergijo na cvetni prah. Z raziskavami so potrdili pozitivno delovanje pri obolenjih vseh organskih sistemov človeka. Nezanemarljiva je tudi ugotovitev, da med izboljšuje učinke konvencionalnih zdravil, npr. antibiotikov in citostatikov pri zdravljenju raznih tumorjev.

Medovi so različnih barv, imajo tudi specifičen okus in aromo ter različno vsebnost sestavin, odvisno od medicine ali mane.



Matica (z rdečo pego na hrbtu) med čebelami delavkami.

Biološki učinki medu so odvisni od rastlinskega izvora. Lipov med deluje pomirjevalno in ugodno vpliva pri prehladnih obolenjih. Kostanjev med dobro vpliva na ožilje in cirkulacijo nasploh, je bolj hranljiv, ker vsebuje največ cvetnega prahu. Akacijev med vsebuje največ fruktoze in je zato primeren v manjši količini tudi za diabetike. Spodbuja apetit in ima ugodno delovanje pri težavah s prebavili in dihalni. Žajbljev med zaradi vsebnosti eteričnega olja pomaga pri izkašljevanju in deluje blago antiseptično. Izboljšuje tudi delovanje prebavil in deluje diuretično. Sivkin med pomirja, deluje diuretično in izboljšuje apetit.

Priporoča se eno veliko žlico medu dnevno v preventivne namene, dve do tri v zdravilne namene, več lahko pri večjih fizičnih obremenitvah, še posebno pri športnikih. Med lahko vsebuje spore botulinusa, zato se odsvetuje za hrano dojenčkov do prvega leta starosti, ko se dokončno izoblikuje črevesna sluznica.

Propolis ali zadelavina je zaščitno sredstvo v panju. Zaradi vsebnosti hlapljivih olj ima močno protimikrobno delovanje. Znan je krilatica, da je notranjost panja bolj sterilna kot operacijska dvorana.

Propolis je mešanica smol, ki jih čebele nabirajo na popkih dreves in rastlin, jim dodajo izločke žlez, z mlečnokislinskim vrenjem pa nastane dokončen izdelek. Doslej so identificirali preko 200 sestavin, vendar prava narava propolisa še vedno ni znana. Danes je sprejeto prepričanje, da so osnovna sestavina propolisa flavonoidi, ki so močni antioksidanti in imajo protivnetne in protiedemske učinke. Z raziskavami so ugotovili, da propolis zavira rast ali celo uničuje razne bakterije (gram pozitivne so občutljivejše kot gram negativne), viruse in glivice. Zavira tudi vnetne procese in rast tumorjev, deluje anestetično, spodbuja imunski sistem, tvorbo kosti in sklenine ter regeneracijo tkiv.



Propolis deluje sinergično s streptomycinom in tetraciklini, na aktivnost penicilina pa nima vpliva. V onkologiji potekajo intenzivne raziskave na področju protitumorskega in imunskega delovanja ter zaščite pri obsevalni terapiji tumorjev. Učinek citostatikov se s sočasnim uživanjem propolisa poveča.

Znanstveniki so enotnega mnenja, da propolis učinkuje počasneje kot specifični farmacevtski antibiotiki, vendar je manj toksičen in ne povzroča razvoja odpornosti. Neprecenljiva je lastnost propolisa, da ne uničuje črevesne mikroflore in zaradi tega ne povzroča disbakterioze.

Anestetični učinek 0,25-odstotnega etanolnega ekstrakta ima trikrat močnejši učinek kot kokain in kar 5,2-krat močnejšega kot 2-odstotni prokain. To lastnost s pridom izkoristimo pri raznih bolečih vnetjih v ustni votlini, pa tudi pri ranah, preležaninah. Tudi nanašanje na zob z začetnim kariesom zelo hitro pokaže odličen učinek. Hitro pomaga ublažiti težave pri gastritisu ali ulkusu želodčne in črevesne sluznice (uničuje tudi HP). Pri teh težavah se priporoča trikrat dnevno deset do dvajset kapljic 20-odstotne alkoholne raztopine, razredčene v čaši vode ali mleka. Propolis odlično pomaga pri sanaciji raznih keratoz, kot npr. na podplatu pri spuščnem prečnem stopalnem loku. Izkazal se je pri preprečevanju prehladov in viroz (enkrat dnevno deset kapljic v sezoni prehladnih obolenj – do tri mesece).

Možnosti uporabe je veliko. Moj namen ni, da bi vse naštevata, saj uporabo pogojujejo prej omenjene osnovne lastnosti propolisa. Propolis je na voljo v obliki kapljic (alkoholna in brezalkoholna raztopina), tablet, pršila in v mešanici z medom in drugimi dodatki.

Cvetni prah ali pelod nabirajo čebele na cvetju, v panju se sproži fermentacija, ki nekoliko spremeni in obogati prvotno kemijsko sestavo. Cvetni prah je glavni vir beljakovin. Brez njega čebele ne bi mogle preživeti, hraniti svoje zalege in izdelovati voska.

Cvetni prah vsebuje celo paleto hranljivih snovi in je zato popolno hranilo. Take lastnosti nima noben naravni pridelek. Vse vrste cvetnega prahu vsebujejo vse beljakovine oziroma njihove gradbene elemente aminokislina, med njimi vse esencialne aminokislina. Ugotovili so, da je v 30 gramih cvetnega prahu toliko esencialnih aminokislina, kot jih vsebuje 500 gramov govedine ali sedem jajc.

Poleg beljakovin so v cvetnem prahu številni v vodi in v maščobah topni vitamini. Vsebuje tudi 28 mineralov in elementov v sledovih, ki so nujni pri raznih biokemijskih reakcijah. Encimi so nepogrešljivi v različnih biokemijskih procesih. So dokaj nestabilni, zato se njihova vsebnost s staranjem peloda manjša, še posebno pri višji temperaturi. Polifenoli, ki so jih doslej izolirali iz cvetnega prahu, imajo pomembno antioksidativno delovanje, ki se kaže v zaviranju oksidacije maščob in s tem v zaviranju boleznih staranja, vključno z rakom.

Cvetni prah se je izkazal kot izvrstno dopolnilo v človekovi prehrani, ki pomaga ohraniti ali izboljšati zdravje, saj vsebuje

idealno razmerje vseh sestavin, potrebnih za usklajeno delovanje človekovih organov. Ugotovili so, da lahko človek (pre)živi tudi samo z uživanjem cvetnega prahu in vode, ne da bi bilo pri tem ogroženo zdravje in njegova dejavnost (poskus je trajal šest mesecev). Cvetni prah vsebuje vse za človeka nujno potrebne sestavine za življenje, vsi ostali pridelki pa prispevajo tudi k vzdrževanju zdravja. Raziskave so potrdile, da izboljša učinkovitost konvencionalnih zdravil in zmanjša njihove škodljive stranske učinke.

Veliko se proučuje delovanje peloda na prostato. Prav pri vseh vrstah težav, od vnetja do tumorjev, pripomore k učinkovitejšemu zdravljenju in okrevanju. Sestavine peloda ugodno delujejo na okvarjene jetrne celice pri kroničnem vnetju in prekomernem uživanju alkohola. Pri bolnikih na stalni dializi se po uživanju peloda zniža raven trigliceridov. Antioksidativno delovanje zavira razvoj številnih boleznih. Za vegetarijance, ki ne dobijo s hrano vedno dovolj ustreznih beljakovin, in za športnike, ki imajo večjo porabo, je cvetni prah nepogrešljivo prehransko dopolnilo. Prav tako pri starejših osebah, ki se pomanjkljivo prehranjujejo.

Omembe vredna je visoka vsebnost provitamina A, ki sodeluje pri osnovnih biokemijskih procesih vida. SZO poroča, da vsako leto na svetu oslepi 300 tisoč otrok zaradi pomanjkanja tega vitamina. Z vnosom zadostne količine peloda je ta težava povsem obvladljiva. Prav tako se more pri stradajočih otrocih odpraviti pomanjkanje beljakovin z uživanjem cvetnega prahu.

Znano je, da se po velikih operacijah v trebušni votlini zaradi prebavnih motenj pojavi kaheksija. Ugotovljeno je, da kar 20 odstotkov operiranih z rakom umre zaradi kaheksije. Z dodajanjem beljakovinskih pripravkov pred operacijo in po njej se znatno izboljša kakovost življenja in dolžina preživetja. V takih primerih bi lahko izdatno pripomogli k okrevanju z dodatkom cvetnega prahu, saj ima v primerjavi z umetnimi pripravki še več za telo koristnih sestavin.

Pri nas je cvetni prah na razpolago v različnih oblikah: posušen, zamrznjen (ima največ ohranjenih sestavin), v kapsulah ali v raznih mešanicah z medom in drugimi dodatki. V preventivne namene se priporoča dnevno ena velika žlica cvetnega prahu (raztopljenega v vodi, soku, jogurtu, mleku ... , odvisno od okusa posameznika) dvakrat po dva do tri mesece. Za otroke zadostuje polovična doza. Potrebno je začeti z majhnimi dozami zaradi morebitne alergije.

Pri raznih patoloških stanjih se priporoča stalno uživanje – v začetku trikrat dnevno po 15 g, nato enkrat dnevno.

Matični mleček ali kraljevski žele je najbolj cenjen izdelek čebel. Čebele delavke živijo le eden do dva meseca, matica, ki se ves čas prehranjuje le z matičnim mlečkom, pa doživi starost do šest let. V tradicionalnih orientalskih kulturah matični mleček že tisočletja cenijo kot sredstvo za ohranjanje mladosti in energije, za blaženje vznemirjenosti in nespečnosti, izboljšanje spomina, vzdržljivosti, krepitev odpornosti in za zdravljenje sklepnih vnetij.

Matični mleček se šteje za vrhunec naravne biosinteze, saj ga v laboratoriju ni možno proizvesti. Sestavine matičnega mlečka so zelo kompleksne. Doslej so identificirali okrog 400 sestavin: vse aminokisliline, različne sladkorje in maščobe, vitamine, minerale, več encimov, spolne hormone: estradiol, testosteron in progesteron. 3 odstotke sestavin je še vedno nepoznanih. Posebna značilnost matičnega mlečka je nezasičena maščobna kislina 10-HDA (10-hidroksi-2-decenska kislina), ki je niso odkrili nikjer drugje v naravi, tudi je ni možno sintetizirati. Tej sestavini pripisujejo protitumorsko delovanje. Je edini naravni vir acetilholina v čisti obliki. Izolirali so tudi snov, podobno insulinu, nukleinske kisline in številne druge bioaktivne snovi. Velika vsebnost pantotenske kisline vpliva ugodno na zdravljenje ran in razjed, ki se celijo počasi, biotin pa pomembno sodeluje pri razgradnji maščob. Močni antioksidanti omogočajo zaščito pred škodljivimi učinki zdravljenja z obsevanjem in procesi staranja. Matični mleček ima izrazit imunomodulatorni učinek. Ugotovili so tudi protibakterijsko, protiglivično in protivirusno delovanje.

Raziskovalci se strinjajo, da so številni biološki učinki matičnega mlečka posledica interakcije posameznih sestavin. Ker je močan biostimulator, je potrebna previdnost pri njegovi uporabi. Visoki odmerki matičnega mlečka morejo povzročiti resne motnje živčnega in endokrinega sistema, saj stimulira izločanje vseh endokrinih žlez. Prepovedana je uporaba pri Addisonovi bolezni.

V preventivne namene se priporoča dvakrat letno kura po tri tedne 100 do 300 mg. Pri raznih obolenjih oziroma v času okrevanja 500 mg, pri resnejših boleznih do 1000 mg, če imamo svež mleček. Za liofiliziran zadostuje le tretjina omenjene količine. Po enem mesecu jemanja je potrebna pavza tri do štiri tedne.

Čebelji strup ali apitoksin nastaja v želnem aparatu čebele v zadku trebuha. Kemijska sestava še ni dokončno razvozlana. Doslej so identificirali razne polipeptide, nepeptidne sestavine nizke molekularne teže ter mineralne snovi. Od nekdaj so uporabljali apitoksin za zdravljenje revmatičnih boleznih. Z novjšimi raziskavami so dognali, da zmanjšuje bolečine, znižuje krvni pritisk in holesterol, pomaga pri zaščiti pred infekcijami in pri vnetju sklepov in ožilja. Mnogo raziskav je namenjenih ugotavljanju protitumorskega učinka. Fosfolipaza A2 katalizira

hidrolizo esterske vezi maščobnih kislin v fosfolipidih celične membrane. Atipične celice, kot so npr. tumorske, ne morejo obnoviti tako načete celične membrane in propadejo. Sinergično delujeta melitin in fosfolipaza B.

V medicini se uporablja apitoksin za desenzibilizacijo, ponekod pa tudi za zdravljenje različnih kroničnih boleznih, npr. revme, Parkinsonove bolezni in multiple skleroze. Po razkritju sestave apitoksina in z znanstvenimi poskusi dokazanih njegovih farmakoloških učinkov (*in vitro* in *in vivo*) smemo brez dvoma pričakovati, da je prišel čas za njegovo resno uporabo pri zdravljenju nekaterih boleznih, ob boku učinkovitih zdravilnih metod moderne medicine.

Vosek je proizvod voskovnih žlez čebel delavk. Sestavine imajo protivnetno delovanje in mehčajo kožo. Uporablja se v dermatologiji, kozmetiki, industriji.

Na vse čebelje pridelke se lahko pojavi tudi alergija. Najintenzivnejša in najbolj dramatična je lahko alergija na čebelji strup, ki zahteva tudi zdravniško pomoč. Za poznane alergike lahko priporočimo desenzibilizacijo ali stalno dosegljivost kompleta antihistaminika in kortikosteroida.

Čebelji pridelki še niso dovolj upoštevani in uporabljeni v skrbi za zdravje ljudi. Morda je eden od razlogov tudi ta, da se vsebnost različnih sestavin pridelkov znatno razlikuje, odvisno od geografskih danosti, biološkega stanja čebel in tehnoloških postopkov pridobivanja in shranjevanja. Mednarodna komisija za med si prizadeva vzpostaviti enotna tehnološka merila in standarde za čebelje pridelke, saj bi to olajšalo njihovo umestitev v medicinsko uporabo. Hkrati je potrebno na osnovi raziskav opredeliti standardne indikacije za bolezni in pripraviti klinične protokole, ki bodo omogočili učinkovitejšo uporabo. (Pri Čebelarski zvezi Slovenije so pred dobrima dvema letoma ustanovili Komisijo za apiterapijo, kjer poleg zdravnikov in čebelarjev sodelujejo tudi strokovnjaki drugih poklicev, ki se poklicno ukvarjajo z raziskavami čebel in njihovih pridelkov.)

V splošnem uporaba čebeljih pridelkov zadostuje zlatemu pravilu Hipokrata »*primum nil nocere*«, še posebno, če se o njihovi možnosti uporabe primerno seznanimo.



Surov cvetni prah iz panja.

Z dokazi podprta medicina v širšem smislu

Janez Preželj

Celovitega vpogleda na z dokazi podprto medicino (EBM – evidence based medicine) ali še širše, z dokazi podprto (klinično) prakso (EBP – evidence based practice) ni v učnem načrtu ne dodiplomskega niti podiplomskega študija medicine oz. biomedicine. Zato je vedenje o tej temi le parcialno. Večina enači z dokazi podprto medicino s kritičnim ocenjevanjem publikacij oz. informacij, ki jih te publikacije vsebujejo. V bistvu pa je EBM proces, ki je proti koncu druge polovice prejšnjega stoletja privedel do korenitih sprememb pri obravnavi bolnikov oz. v odnosu zdravnik – bolnik. Za popolno razumevanje EBM je potrebna kratka zgodovinska osvetlitev teh dogajanj.

V prvih dveh tretjinah prejšnjega stoletja si je zdravnik nabiral svoje znanje na klasičen način. Osnovna vedenja mu je dala medicinska fakulteta, le-ta si je kasneje osveževal in pridobival nova s prebiranjem učbenikov, z več ali manj naključnim prebiranjem takratnih revij, z nabiranjem izkušenj pri lastnih pacientih in s sodelovanjem pri vizitah in pri pogovorih s kolegi. Kakovost takratnih informacij je bila pogojena s takratnim stanjem, ko je bil odločilen dejavnik avtoriteta (od tod tudi izraz »eminence based medicine«) in za pridobivanje znanstvenih dokazov še ni bilo dovolj razvitih spremljajočih dejavnikov (epidemiologija, statistika itd). Strokovne publikacije so vsebovale predvsem posamezne ali v najboljšem primeru serije kliničnih primerov. Pripomočki v obliki smernic pa so bili proizvod t.i. tehnologije GOBSAT (»Good Old Boys Sat Around a Table«). Zdravnikovo intuitivno ukrepanje so poimenovali umetnost medicine ali klinična presoja in naj bi bilo že samoumevno »pravilno«, čeprav je temeljilo na hevristični miselni strategiji (miselna bližnjica, ki temelji na tem, kako hitro se presojevalec spomni podobnih anekdotičnih primerov ali z njimi povezanih asociacij).

Med leti 1970 in 1980 pa so pričeli spoznavati, da če različni zdravniki ali različne skupine zdravnikov pri enakih stanjih ukrepajo različno, ne morejo imeti vsi prav. V tem obdobju je bilo objavljenih tudi vse več rezultatov, ki so bili pridobljeni v randomiziranih kliničnih študijah in ki so dodobra omajali prepričanje, da je vsako zdravnikovo dejanje vedno pravilno oz. podprto z dokazi. Sredi 80. let so v ZDA ocenjevali, da ima le 15 odstotkov zdravnikovih postopkov dokaze v rezultatih primerno izpeljanih kliničnih preskusov. Razkorak med rezultati ustreznih kliničnih študij in vsakdanjo zdravniško prakso je postajal vse večji. David Eddy, dolgoletni profesor zdravstvene politike in menedžmenta na univerzi Duke v ZDA, je prvi uporabil besedo »evidence based« leta 1990, ko je razpravjal o metodah sestavljanja kliničnih smernic. Znani zagovornik potrebe po več znanstveno načrtovanih kliničnih študijah je bil angleški epidemiolog Archibald Cochrane. Po njem se imenuje tudi leta 1993 ustanovljena

organizacija »Cochrane collaboration«, ki išče, vrednoti in posreduje odgovore na mnoga klinična vprašanja.

Z dokazi podprta spoznanja so si najprej utrla pot v pripravo kliničnih smernic in priporočil. Leta 1993 je ameriška agencija za zdravstvo politiko in raziskave pričela s programom za izdelavo smernic, ki temeljijo na dokazih. Sledila so ji mnoga združenja in to obdobje so nekateri poimenovali kar z dokazi podprto gibanje (»evidence based movement«), katerega jedro so bile z dokazi podprte smernice (»evidence based guidelines – EBG«). Bile so proizvod specializiranih skupin, namenjene pa so bile kot vodilo pri obravnavi raznih skupin bolnikov, opredeljenih po različnih kriterijih, in so le posredno zadevale posameznega bolnika.

V 90. letih pa se pojavijo tudi prve publikacije z naslovom *z dokazi podprta medicina* (»evidence based medicine«), ki opisujejo uporabo znanstveno podprtih dokazov v obravnavi posameznega bolnika. Za razliko od prvega imenujejo nekateri to obdobje tudi obdobje z dokazi podprte individualne obravnave bolnika (»evidence based individual decision making EBID«). Tako EBG kot EBID imata skupno metodologijo, kako priti do relevantnega odgovora na ustrezno zastavljeno klinično vprašanje.

V tem obdobju nastane tudi klasična definicija z dokazi podprte medicine, kot jo je podal David Sackett, ustanovitelj prvega oddelka za klinično epidemiologijo v Kanadi, in ki vsebuje obe komponenti:

Z dokazi podprta medicina je natančna, jasna in razumna uporaba trenutno najboljših dokazov pri obravnavi posameznih bolnikov. Uporaba z dokazi podprte medicine vsebuje tako klinično izkušnost kot tudi klinične dokaze, pridobljene s sistematskim raziskovanjem.

Kasneje je bila definiciji dodana še tretja komponenta (bolnikove vrednote in pričakovanja), tako da pogosto zasledimo naslednjo definicijo:

Z dokazi podprta medicina je integracija 1) uporabe trenutno najboljših dokazov pri obravnavi posameznih bolnikov 2) klinične izkušnosti in 3) bolnikovih vrednot (in pričakovanj).

Prikladna pa je tudi definicija, da je *z dokazi podprta medicina način oz. navada izvajanja stroke, ki zahteva znanje tako zastavljanja pravih vprašanj kot uporabo informacijske tehnologije.*

Pri tem novem načinu pridobivanja znanja za klinično delo, do katerega so privedli ravno principi EBM, zdravnik uporablja tako že »predpripravljena« gradiva kot tudi informacije, ki jih pridobi individualno po principih oz. metodologiji EBM.

Stopenjski proces, ki poteka v klinični praksi, podprti z dokazi, je sestavljen iz petih elementov:

1. oblikovanje vprašanja,
2. iskanje informacij oz. podatkov,
3. kritična ocena dokazov,
4. integracija ocenjenih dokazov z lastnimi izkušnjami (»clinical expertise«) in bolnikovimi pričakovanji ter uporaba v praksi,
5. ovrednotenje postopka.

Vsak od navedenih elementov zahteva posebna znanja oz. veščine, ki naj bi jih zdravnik postopno osvajal. Podrobnejši opis presega informativni značaj prispevka. V anglosaški literaturi je na voljo mnogo akronimov, ki so dobri opomniki pri udejanjanju posameznih aktivnosti (npr. elementi pri oblikovanju vprašanj: PICO – »Population, Intervention, Comparator, Outcome«, ali pri ocenjevanju primernosti za klinično uporabo: STEPS – »Safety, Tolerability, Effectiveness, Price, Simplicity«).

EBM je spremenila tudi zdravnikovo razmišljanje ob bolniku, ki ni več intuitivno oz. umetnost, pač pa ima vse več elementov analitičnega oz. sistematičnega odločanja. Ne gre za popolno opustitev predhodnih miselnih vzorcev in prehod samo na analitično razmišljanje na osnovi informacij, pridobljenih po standardih pristopa z dokazi podprte medicine, pač pa za kombinacijo. Postavljanje delovne diagnoze oz. hipoteze ima še vedno veliko elementov »hevrističnega«, intuitivnega in s

kliničnimi izkušnjami pridobljenega pristopa, nadaljnje potrjevanje (ali izključevanje) delovne diagnoze pa vsebuje vse več načel zavestnega, kontroliranega, analitskega pristopa.

Če povzamem, z dokazi podprta medicina ni le skupek posameznih, točno definiranih tehničnih postopkov pri iskanju relevantnih informacij in njihova uporaba s pomočjo epidemioloških in statističnih orodij. Je proces, ki je skladno in pogojeno z družbenim in tehnološkim razvojem temeljito spremenil zdravnikovo delo ob bolniku.

Priporočena literatura:

- Tonelli MR. The challenge of evidence in clinical medicine. *J Eval Clin Pract* 2010; 16: 384–389.
- Editorial. Students' PEARLS: successfully incorporating evidence-based medicine in medical students' clinical attachment. *ACP Journal Club* 2009; 150: JC4-2.
- Crawford J. Original research in pathology: judgment, or evidence-based medicine? *Laboratory Investigation* 2007; 87: 104–114.
- Eddy DM. Evidence-based medicine: a unified approach. *Health Affairs* 2005; volume 24, No 1: 9–17.
- Straus SE, McAlister FA. Evidence-based medicine: a commentary on common criticism. *CMAJ* 2000; 163: 837–841.
- Strauss SE, Sackett DL. Using research findings in clinical practice. *BMJ* 1998; 317: 339–342.

Kanabis: kritična analiza vzorcev uporabe in nevarnosti za mladostnike

Mercedes Lovrečič, Barbara Lovrečič

Uvod

Kanabis je termin, s katerim označujemo različne psihoaktivne pripravke, predvsem ženskega dela rastline *Cannabis sativa*. Rastlina kanabis (marihuana je pripravek iz suhih cvetočih vršičkov in listja požete rastline) in smola kanabis (hašiš je suha kanabis smola in stlačeni cvetovi) sta najbolj pogosti obliki uporabe tiste prepovedane droge v Evropi, s katero se na svetu največ trguje.

Glavna psihoaktivna sestavina kanabisa je Δ -9-tetrahidrokanabinol (THC). S kanabinoidi označujemo sestavine, ki so po strukturi podobne THC. Kanabis vsebuje najmanj 60 kanabinoidov, med njimi so številni biološko aktivni. Za kanabis se še zbirajo informacije o potencialnih učinkih na zdravje. Pri ocenjevanju tveganja za zdravje je treba upoštevati starost, duševno zdravje, socialno integriranost uporabnika kanabisa, vzorec uporabe (občasni, redni), ali je prisotna odvisnost, ali gre za sočasno uporabo

drugih PAS, ali se uporabnik kanabisa prepozna kot uporabnik drog ter vsebnost učinkovine THC v pripravkih kanabisa.

V zadnjih letih so še posebej zaskrbljujoča naslednja dejstva, ki nedvomno lahko vplivajo na razširjenost uporabe kanabisa: naraščča razpoložljivost in dostopnost kanabisa (poleg mednarodnega trgovanja se tudi nacionalno prideluje), večja se vsebnost THC v kanabisu, iniciacija uporabe se dogaja v obdobju, ko se možgani mladostnikov še niso povsem razvili, prav tako mladostniki še niso sposobni presoje, ki bi bila primerljiva s presojo odraslih.

Uporaba kanabisa je že dolgo znan in pomemben dejavnik tveganja za razvoj odvisnosti tudi od drugih prepovedanih drog. V primerjavi s celotno populacijo je pri uporabnikih kanabisa večja verjetnost, da uživajo sočasno tudi alkohol, tobak ali druge prepovedane droge. Problematična uporaba kanabisa pri mladostnikih je tudi najbolj pogost razlog iskanja pomoči v specializiranih službah zaradi težav s prepovedanimi drogami med osebami, ki

so mlajše od 18 let; v letu 2007 je 73.000 Evropejcev (20 odstotkov vseh prvih iskalcev pomoči) iskalo pomoč v ambulantnih specializiranih službah zaradi težav s kanabisom kot primarno drogo.

Razširjenost in trendi uporabe kanabisa v EU in v Sloveniji

Po podatkih Evropskega centra za spremljanje drog in zasvojenosti z drogami (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) je kanabis glede na uporabo najbolj razširjena prepovedana droga v EU; kanabis je leta 2007 kadarkoli v življenju že uporabilo najmanj 71 milijonov ali 22 odstotkov Evropejcev, starih med 15 in 64 let. V Sloveniji je leta 2008 15 odstotkov vprašanih, starih od 18 do 65 let, odgovorilo, da že imajo izkušnjo z marihuano.

Po podatkih Evropske raziskave o alkoholu in preostalih drogah (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs – ESPAD) med 15- in 16-letnimi dijaki ostaja v EU kanabis tista PAS, ki jo za tobakom in alkoholom šolska mladina najpogosteje uporablja. Podatki posameznih držav EU kažejo, da se je skoraj v vseh državah uporaba kanabisa v devetdesetih letih prejšnjega stoletja izrazito povečala, v zadnjih letih pa smo priča spremembam trendov. Čeprav so zadnji podatki o razširjenosti uporabe kanabisa kadarkoli v življenju med šolsko mladino (eksperimentiranje) lahko vzpodbudni, so skrb vzbujajoči podatki o razširjenosti redne uporabe kanabisa.

Razširjenost uporabe kanabisa se je pri odraslih in med všolano mladino med letoma 1995 in 2003 (ESPAD) povečevala v več evropskih državah; podatki za leto 2007 pa kažejo, da se je globalno gledano ustavila ali upadla (izjemi Litva in Slovaška). Podatki ESPAD za obdobje od leta 1995 do leta 2007 v Evropi kažejo različne trende uporabe kanabisa kadarkoli v življenju: nespremenjena in nizka razširjenost v severni in južni Evropi (Grčija, Ciper, Malta, Romunija, Finska, Švedska, Norveška); ustalitev ali upad trenda v zahodnoevropskih državah ter Hrvaški in Sloveniji (do leta 2003 je bila razširjenost uporabe velika ali močno naraščajoča); umirjanje trenda v srednje- in vzhodnoevropskih državah (naraščajoči trend med letoma 1995 in 2003 se umirja). V nekaterih evropskih državah je povečanje uporabe kanabisa kadarkoli v življenju med šolsko mladino med letoma 1995 in 2003 spremljalo povečanje razširjenosti kajenja cigaret kadar koli v življenju, od leta 2003 pa sta se v številnih državah oba trenda spremenila, kar kaže na morebitno povezavo med kajenjem cigaret in uporabo kanabisa med mladimi.

Podatki ESPAD za leto 2007 kažejo, da je bila razširjenost uporabe kanabisa kadarkoli v življenju največja na Češkem (45 odstotkov), sledile so Estonija, Francija, Nizozemska, Slovaška in Združeno kraljestvo (od 26 do 32 odstotkov). Petnajst držav (tudi Slovenija) poroča o razširjenosti uporabe kanabisa kadar koli v življenju med 13 in 25 odstotki. O najnižjih stopnjah (< 10 odstotki) poročajo iz Grčije, Cipra, Romunije, Finske, Švedske in Norveške. Na splošno je razlika v razširjenosti uporabe kanabisa

kadar koli v življenju med spoloma majhna. Španija (20 odstotkov) in Češka (18 odstotkov) poročata o največji razširjenosti uporabe kanabisa v zadnjem mesecu.

Skrb vzbujajoči so podatki (ESPAD, 2007), ki se nanašajo na intenzivnejše vzorce uporabe kanabisa. V desetih evropskih državah je med 5 in 12 odstotkov 15- in 16-letnih dijakov moškega spola poročalo, da je kanabis uporabilo 40-krat ali večkrat; ta delež je bil vsaj dvakrat večji pri dijakih v primerjavi z dijakinjami. Pri tem je treba pozornost nameniti tudi iniciaciji, saj je zgodnejša iniciacija uporabe v korelaciji s kasnejšim pojavom problematičnih oblik uporabe drog in zapletov. V večini od desetih držav z razmeroma visokimi stopnjami pogoste uporabe je od 5 do 9 odstotkov dijakov navedlo, da so začeli uporabljati kanabis v starosti 13 let ali manj.

Učinki kanabisa in tveganje za zdravje

Uporabniki in zagovorniki kanabisa so pogosto zmotno prepričani, da pri uporabi kanabisa ni dolgotrajnih posledic za zdravje, da ne povzroča odvisnosti in da ne vpliva na vozniške sposobnosti.

Pri občasni uporabi kanabisa nastopijo akutni učinki, na katere vpliva veliko dejavnikov, kot so odmerek snovi, poti vnosa snovi, dotedanje izkušnje, sočasna uporaba drugih PAS, pričakovanja uporabnika, razpoloženje, občutljivost, okolje, biološki in genetski dejavniki. Pri tem je potrebno upoštevati individualno variabilnost posameznika. Akutni učinki kanabisa se kažejo kot evforija, sprostitvev, večja socializiranost, večja intenzivnost zaznavanja, povečanje teka. Pri višjih odmerkih se pojavljajo še motnje zaznavanja in depersonalizacija. Kanabis vpliva na spomin, sposobnost učenja (asociativni procesi), psihomotorne sposobnosti (pisanje, testi za motorno koordinacijo, operativne naloge različnega tipa), občutek zaznavanja časa. Akutni učinki kanabisa so še posebej pomembni pri upravljanju s stroji in pri vožnji. Tveganje za prometne nezgode je večje med vozniki, ki so intoksicirani s kanabisom, in se še poveča ob sočasni uporabi alkohola. Vozniki, ki uporabljajo kanabis, so 3- do 7-krat bolj pogosto udeleženci nesreč v primerjavi z vozniki, ki ne uživajo alkohola ali drog. Podatki iz literature kažejo, da je kanabis najbolj pogosto prisotna prepovedana droga, odkrita v primerih nesreč s smrtnim izidom.

Kronični učinki uporabe kanabisa se kažejo kot selektivni upad kognitivnih funkcij (pozornost, spomin). Ob dolgotrajni uporabi kanabisa se lahko pojavi odvisnost, poškodbe epitela dihalnega sistema s povečanim tveganjem za okužbe dihal: akutni in kronični bronhitis, druga vnetja dihal v primerjavi s skupinami nekadilcev. Primerjave med kadilci marihuane, med kadilci marihuane in tobaka, kadilci tobaka in nekadilci so pokazale, da imajo kadilci marihuane več sprememb na širših dihalnih poteh in sapniku, kadilci tobaka pa več sprememb na ožjih sapnicah. Pri kadilcih kanabisa je povečano tveganje za raka (karcinom pljuč), srčno-žilne bolezni, oslavljen je imunski sistem. Uporaba kanabisa med nosečnostjo je povezana z večjim tveganjem za manjšo težo ob rojstvu in možnostjo tveganja za redke oblike rakavih bolezni.

Med psihičnimi motnjami, povezanimi z uporabo kanabisa, izstopajo amotivacijski sindrom (apatija, upad interesov), odvisnost, psihotične motnje (shizofrenija), manj pogosto flash back, depersonalizacija. Uporaba kanabisa je lahko pri občutljivejših posameznikih sprožilni dejavnik za pojav psihotične motnje (shizofrenija ali druga psihotična motnja). Večje količine oziroma koncentracije THC lahko sprožijo psihozo z zmedenostjo, amnezijo, halucinacijami, agitacijo, privzdignjenim razpoloženjem, grozavostjo. Nekatere prospektivne raziskave so pokazale, da lahko dolgotrajna uporaba kanabisa poveča občutljivost za shizofrenijo. Po drugi strani pa raziskave kažejo, da bolniki s shizofrenijo bolj pogosto uporabljajo marihuano zaradi njenih sedativnih učinkov, kar pa vodi v poslabšanje duševne bolezni, z bolj pogostimi in daljšimi hospitalizacijami, slabšim funkcioniranjem in višjim odstotkom smrti zaradi samomora.

V prid razvoja odvisnosti (psihične) nam govorijo rezultati epidemioloških in kliničnih raziskav. Po ocenah nekaterih strokovnjakov polovica vsakodnevnih kadilcev marihuane postane odvisnih in se pri njih pojavi toleranca. Glede odtegnitvenega sindroma (znaki odtegnitve so opisani pri živalih v laboratorijih) si strokovnjaki niso enotni, telesna odvisnost ni potrjena.

Zaključek

Redna uporaba kanabisa ima na javno zdravje velik vpliv (2 do 2,5 odstotka Evropejcev, starih od 15 do 34 let, vsak dan ali skoraj vsak dan uporablja kanabis), pri čemer je treba upoštevati tudi posledice in zaplete. Mladostniki so še posebej ranljiva skupina, ki ji je treba nameniti vso potrebno pozornost. V zadnjih letih se namreč zmanjšuje delež tistih mladostnikov, ki prepoznajo uporabo kanabisa kot tvegano za zdravje, še posebej, ko gre za občasno uporabo; hkrati opazno narašča delež tistih mladostnikov, ki menijo, da kanabis ni škodljiv. Gre za indikator,

ki ima napovedno vrednost, saj izkušnje in podatki kažejo, da taka prepričanja predstavljajo napovedni dejavnik za porast prevalence uporabe, h kateri pripomore tudi velika razpoložljivost in dostopnost kanabisa ter medijsko in politično špekuliranje glede »zdravljenja z marihuano«, kar vodi v nastajanje sporočil »v kolikor se uporablja v medicini, ne more biti tako škodljivo«. Posledica takih sporočil širše družbe, predvsem z vidika preventive, je škodljiva in se lahko zrcali kot upad zaznavanja tveganja ali celo odobravanje uporabe kanabisa med mladostniki.

Poleg omenjenega je bilo v 17 državah (ESPAD, 2007) ocenjeno tveganje težav v zvezi z uporabo kanabisa, ki je pokazalo, da je bil eden od sedmih uporabnikov kanabisa v zadnjem letu (14 odstotkov) razvrščen med osebe z visokim tveganjem za razvoj težav v zvezi z uporabo kanabisa, povprečna razširjenost uporabnikov z visokim tveganjem po državah je bila 2 odstotka, kar pomeni, da se razširjenost tveganih uporabnikov povečuje skupaj z razširjenostjo uporabe kanabisa.

Naraščanje deleža tistih mladostnikov, ki uporabe kanabisa ne prepoznavajo kot tvegano za zdravje, in tistih, ki redno kadijo marihuano, ter zgodnja iniciacija uporabe kanabisa so razlogi za skrb. Povečanje pozornosti in prilagoditev preventive skupinam ranljivih mladostnikov predstavlja velik izziv. Pri »univerzalni ali splošni« obliki preprečevanja (po starem primarna preventiva) na področju uporabe PAS med otroki in mladostniki je dolgo veljalo, da je umeščena v okvir zdravega življenjskega sloga. Taka umešitev zanemarja posebej ranljive skupine otrok in mladostnikov, ki že ali redno uporabljajo kanabis. Pri slednjih je bolj indicirana vsaj selektivna preventiva, ki je lahko individualna, družinska ali usmerjena v skupnost.

Literatura je na voljo pri avtoricah.

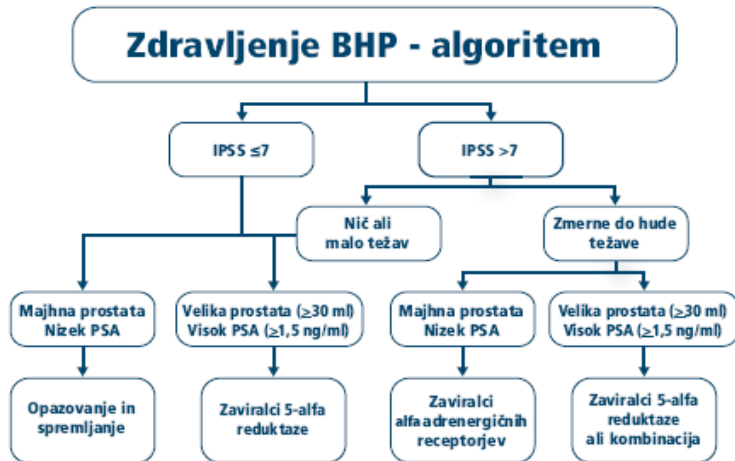
Nove smernice zdravljenja benigne hiperplazije prostate in prednosti fiksne kombinacije dutasterida in tamsulozina

Ciril Oblak

Glede na najnovejša spoznanja na področju diagnostike in zdravljenja moških z benigno hiperplazijo prostate (BHP) smo tudi slovenski urologi pripravili posodobljene smernice. Smernice so nekoliko obširnejše, kot je v navadi, saj obsegajo tudi anatomijo, fiziologijo, patofiziologijo, vse načine zdravljenja, koristi zdravljenja, vključili smo tudi preventivo nastanka raka na žlezi. Ker so nove smernice preobsežne za objavo v reviji, bom povzel le najpomembnejše.

V Združenju urologov Slovenije smo se želeli izogniti nespo-razumom, ki jih je lahko povzročalo vprašanje 7 v točkovaniku IPSS (International Prostate Symptom Score), kjer so opisani simptomi spodnjih sečil. Vprašanje smo ustrezno spremenili, tako da ni več možno napačno razumevanje vprašalnika (slika 2). Vprašalnik je namreč najpomembnejše orodje pri odločitvi, ali in kako bomo zdravili moške z BHP.

V smernicah smo uporabili tudi algoritem (slika 1), s pomočjo katerega se odločamo o načinu in vrsti zdravljenja. Uporaben je



Slika 1: Moške z zmernimi in hudimi simptomi spodnjih sečil, prostato, ki je velika ≥ 30 ml, in ki imajo PSA $\geq 1,5$, najuspešneje zdravimo s kombinacijo selektivnega zaviralca alfa adrenergičnih receptorjev in zaviralcem 5 alfa reduktaze.

tako pri moških z malo simptomi spodnjih sečil, kjer se največkrat odločamo le za nadzorovano opazovanje, prav tako pa tudi za vse druge kategorije moških z zmernimi oziroma hudimi težavami zaradi BHP. Poleg točkovanika se odločamo o uvedbi aktivnega zdravljenja tudi glede na vrednost PSA in velikost prostate. Vrednosti PSA $\geq 1,5$ in volumen žleze ≥ 30 ml govorita za zgodnejšo uvedbo aktivnega zdravljenja, saj spadajo moški s temi parametri v skupino, ki je bolj ogrožena glede akutne zapore seča oziroma potrebe po operaciji.

Naj omenim še novost v zdravljenju moških z BHP, ki imajo večje tveganje za nastanek akutne zapore seča in operacijo na prostati. Do sedaj smo uporabljali kombinacijo posameznih zdravil, sedaj pa prihaja tudi k nam novo zdravilo combodart (v nekaterih državah Evrope duodart), ki je fiksna kombinacija dutasterida in tamsulozina. Nova fiksna kombinacija combodart omogoča hitro in dolgotrajno izboljšanje simptomov ter dolgoročno zmanjša tveganje za nastanek akutne zapore seča in potrebe po operaciji z eno samo kapsulo. Prednost fiksne kombinacije je najprej v tem, da odpade dvom, ali in kdaj kombinacijsko zdravljenje spremeniti v monoterapijo (kar nikakor ni priporočljivo). Sočasno jemanje obeh zdravil je bolj učinkovito kot jemanje vsakega posamezno, saj deluje sinergistično. Fiksna kombinacija tudi zmanjša število tablet, ki naj bi jih moški prejemal, in tako izboljša compliance, ki je prav tako potrebna za uspešno zdravljenje.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prim. doc. dr. Ciril Oblak, dr. med., avtor članka Nove smernice zdravljenja benigne hiperplazije prostate in prednosti fiksne kombinacije dutasterida in tamsulozina, izjavljam, da sem članek napisal na prošnji podjetja GlaxoSmith-Kline, ki bo v isti številki oglaševalo 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 proizvod GSK, in je le pregled znanstveno potrjenih dejstev.

Mednarodni vprašalnik o simptomih prostate (IPSS)

	Nikoli	Manj kot enkrat na pet uriniranj	Manj kot pri polovici uriniranj	Približno pri polovici uriniranj	Več kot pri polovici uriniranj	Skrajna večina	Vsi rezultati
Nepopolno izpraznjenje - Kolikokrat v zadnjem mesecu ste imeli občutek nepopolno izpraznjene mehurja po uriniranju?	0	1	2	3	4	5	
Pogostost - Kolikokrat v zadnjem mesecu ste morali ponovno urinirati manj kot dve uri po prejšnjem uriniranju?	0	1	2	3	4	5	
Prekinitve - Kolikokrat v zadnjem mesecu ste ugotovili, da se je curek urina ustavil, potem pa ste večkrat ponovno začeli urinirati?	0	1	2	3	4	5	
Nuja - Kako težko ste v zadnjem mesecu zadrževali urin?	0	1	2	3	4	5	
Šibek curek - Kolikokrat v zadnjem mesecu ste imeli šibek curek urina?	0	1	2	3	4	5	
Napor - Kolikokrat v zadnjem mesecu ste morali potiskati ali se naprezati, da ste začeli urinirati?	0	1	2	3	4	5	

	Nikoli	Enkrat	Dvakrat	Trikrat	Štirikrat	Pet ali večkrat	Vsi rezultati
Nokturija - Kolikokrat povprečno na noč se zbudite zaradi potrebe po uriniranju?	0	1	2	3	4	5	
Skupni rezultat vprašalnika IPSS							

Kakovost življenja in težave z uriniranjem	Srečno	Zadovoljno	Zmerno zadovoljno	Medeni občutki prisilno v oski med uriniranjem in nezadovoljno	Večsmana nezadovoljno	Nerazno	Grozno
Kako bi se počutili, če bi morali preostanek življenja živeti s sedanjim stanjem uriniranja?	0	1	2	3	4	5	6

Skupni rezultat: 0-7: blaga izražena simptom, 8-19: zmerno izražena simptom, 20-35: huda izražena simptom.

Mednarodni vprašalnik IPSS. Priredilo Združenje urologov Slovenije, December 2009



Slika 2: Vprašalnik

Samohranilci

Nada Rotovnik Kozjek

Beseda samohranilec ima lahko tudi zelo konkreten pomen: tako je naša bolnica na parenteralni prehrani na domu zaradi odpovedi prebavil, ki se je razvila kot posledica onkološkega zdravljenja, poimenovala sebe in podobne sotrpine v Sloveniji. Svojo življenjsko situacijo je tudi zelo plastično predstavila v sliki (slika 1).

Parenteralna prehrana na domu je nadomestna terapija odpovedi prebavil

Parenteralna prehrana predstavlja terapijo odpovedi prebavil, ki je razširjena po svetu v industrijskih deželah. Odpoved prebavil je lahko popolna ali delna. Tako je lahko tudi parenteralna prehrana na domu kompletna ali pa z njo dovedemo v telo parenteralno samo del potrebnih hranil. Traja lahko vse življenje ali pa je le začasna, dokler si bolnikova prebavila ne opomorejo.

Na letošnjem ameriškem kongresu za klinično prehrano (ASPEN) je kirurg John C. Alverdy zelo plastično opisal črevesje kot notranjo cev življenja, ki v interakciji s hranili in mikroorganizmi neposredno vpliva na presnovo in delovanje našega organizma. Če ta cev z vsemi številnimi funkcijami (pa tudi prebivalci) ne deluje dobro in te prizadetosti ne zdravimo, to vodi v podhranjenost in presnovne motnje. Ker je veliko bolnikov z odpovedjo prebavil tudi kroničnih bolnikov, nezadosten vnos hranil preko prebavil

močno pospešuje kakektične presnovne spremembe.

Odpoved prebavil velikokrat ugotavljamo prepozno, ker bolnik sicer lahko uživa hrano brez večjih težav, a je zaradi prizadetosti prebavil motena interakcija hranil s strukturami prebavil, pogosto je motena njihova absorpcija. Zadosten vnos hrane preko ust torej še ne pomeni, da prebavila delujejo! Črevo je lahko prekratko, črevesne strukture so lahko vnete in nefunkcionalne in končno je malabsorpcija tudi pogosta posledica same podhranjenosti, ki jo povzroča propadanje funkcionalnih struktur tudi v prebavilih. Kadar je odpoved prebavil



Slika 1. Nov življenjski stil.

Pusta telesna masa (% izgube)	Zapleti	Pridružena umrljivost (%)
10	Motena imunost, povečano tveganje okužbe	10
20	Upočasnjeno celjenje ran, šibkost	30
30	Prešibak za sedenje, preležanine, slabo celjenje ran	50
40	Smrt, pljučnica	100

Slika 2. Zapleti, ki so pridruženi izgubi puste telesne mase.

resna, se bolnik hitro znajde v začaranem krogu podhranjenosti in njenih zapletov. To so najpogostejše okužbe, sledi jim odpoved organov in organskih sistemov (slika 2).

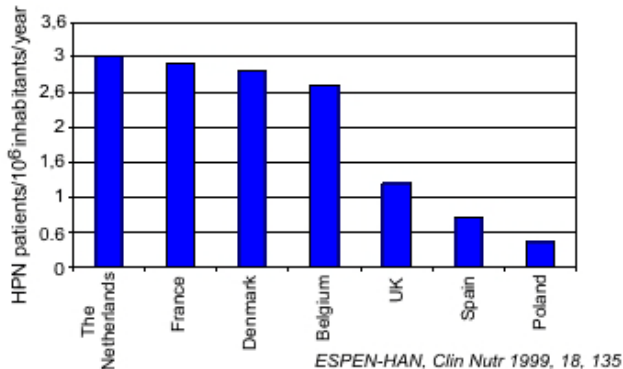
Ti zapleti nato bolnika z odpovedjo prebavil tudi slej kot prej pokopljejo. Tega so se v nekaterih delih sveta zavedeli že zelo zgodaj in korenine nadomestne terapije odpovedi prebavil s parenteralno prehrano na domu segajo že v davno leto 1961, ko je Schils s sodelavci v ZDA uvedel pri prvem bolniku. Danes je pri kronični odpovedi prebavil v nekaterih primerih možna tudi transplantacija črevesja, vendar je nadomestna terapija odpovedi prebavil s parenteralnim vnosom hranil še vedno klasična terapevtska metoda, ki je razširjena po vsem svetu. Še vedno se najpogosteje uporablja v ZDA, kjer je uporaba po podatkih iz devetdesetih let 5- do 10-krat večja kot v Evropi (2–12/10⁶ prebivalcev). V Evropi je tovrstna terapija odpovedi prebavil del medicinske terapije okoli 30 let. Ob njeni 25-letnici je izšel temeljni učbenik Parenteralna prehrana na domu (Home parenteral nutrition, HPN) avtorjev F. Bozzetija, M. Stauna in A. Van Gossuma, ki ga uporabljamo kot osnovni strokovni vir za vodenje teh bolnikov.

Vsi trije avtorji so zelo aktivni člani Evropskega združenja za klinično prehrano in metabolizem (ESPEN). Izmed avtorjev naj še posebej omenim italijanskega kirurga F. Bozzetija, ki je vodilni svetovni strokovnjak in glavni avtor Evropskih priporočil za parenteralno prehrano bolnikov z rakasto boleznijo na domu. V okviru ESPEN so leta 1997 izvedli multicentrično evropsko študijo, ki je prikazala razširjenost parenteralne prehrane na domu pri odraslih bolnikih na domu v Evropi (slika 3). Podatkov iz Slovenije ni.

Indikacije za parenteralno prehrano na domu in njeno izvajanje

Porazdelitve indikacij za uvedbo nadomestne terapije odpovedi prebavil na domu so podobne po vsem svetu. Najpogostejša posamezna indikacija za parenteralno prehrano na domu je rakasta bolezen, sledijo pa ji Chronova bolezen, bolezen

Incidence of HPN from 1 January 97 to 31 December 97



Slika 3: Incidenca parenteralne prehrane na domu v nekaterih Evropskih deželah.

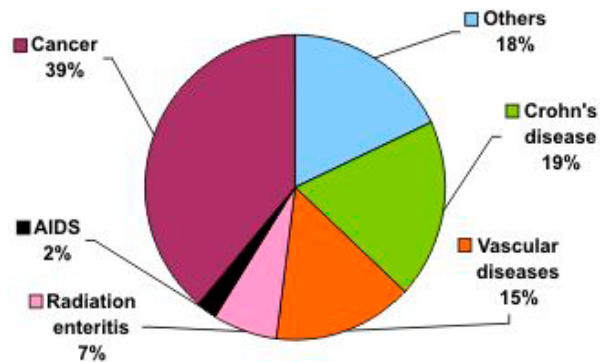
mezenterialnega ožilja, radiacijski enteritis in motnje motilitete prebavil (slika 4).

Malignomi najpogosteje povzročijo odpoved prebavil zaradi obstruktivnih motenj v povezavi s karcinozo peritoneja. Pri benignih indikacijah je odpoved prebavil najpogosteje posledica obsežnih resekcij tankega črevesja, sledijo jim fistule in motnje motilitete. Ne tako redka indikacija je tudi malabsorpcijski sindrom, kot posledica okvare prebavil zaradi hude podhranjenosti in velikokrat s tem stanjem povezane diareje.

Pri večini bolnikov poteka parenteralni vnos hranil preko venskih katetrov, ki so tunelirani. Po postavitvi indikacije se v postopku prehranske obravnave ugotovi, kakšne so potrebe posameznega bolnika po nadomestnem vnosu energije in hranil. V procesu prehranske obravnave se ugotavlja stopnja odpovedi prebavil. Nato se bolnika v posebnem izobraževalnem postopku nauči samostojne aplikacije hranil preko venskega dostopa. Ta učni proces je zelo zahteven in kompleksen. Hranilne raztopine si bolniki praviloma aplicirajo ponoči in zapletov je relativno zelo malo. Večina bolnikov ob tem živi normalno življenje. Po podatkih združenja ESPEN je okoli 35 odstotkov bolnikov na tej nadomestni terapiji prebavil sposobnih popolnoma normalnega življenja in so tudi polno zaposleni, 33 odstotkov bolnikov pa je zaposlenih za delni delovni čas. Le 9 odstotkov bolnikov potrebuje pomoč pri aplikaciji parenteralne prehrane na domu in to so najpogosteje bolniki z rakom.

Bolniki na parenteralni prehrani na domu imajo redne presnovne kontrole v centrih, ki vodijo njihovo terapijo odpovedi prebavil na domu. Presnovni monitoring se sicer izvaja po znanih protokolih, vendar je individualno pogojen in povezan z

Distribution of underlying diseases for HPN patients in Europe (1997; n=479)



Slika 4. Najpogostejše indikacije za parenteralno prehrano na domu v Evropi.

osnovno indikacijo za uvedbo parenteralne prehrane na domu. Tudi prognoza preživetja je povezana z osnovno boleznijo, ki je pripeljala do odpovedi prebavil. Na tednu klinične prehrane v Las Vegasu so predstavili bolnico, ki je imala popolno parenteralno prehrano na domu okoli 30 let. Zgodbi njenega moža in hčerke sta bili izjemno ganljivi.

Parenteralna prehrana na domu v Sloveniji

V Sloveniji so sistem parenteralne prehrane na domu pričeli postavljati pediatri (prim. Andreja Gostiša, dr. Meta Derganc) na intenzivnem oddelku za otroško kirurgijo v Ljubljani. Najstarejši otrok je danes star 16 let in približno to je tudi doba parenteralne prehrane na domu za otroke. Danes za šest otrok skrbi tim z Inko Lazar na čelu. Starši otrok, ki imajo prirojene ali pridobljene motnje v delovanju prebavil, pa so ustanovili društvo Kengurujček (<http://www.kengurujcek.si>).

Za odrasle bolnike smo leta 2008 končno našli skupen jezik z ZZZS in tako vsaj delno, po več letih dogovarjanja in stihijskega vodenja teh bolnikov, do določene mere le uredili sistemski pristop pri zdravljenju bolnikov z odpovedjo prebavil. K temu je pripomogla tudi ustanovitev Enote za klinično prehrano na Onkološkem inštitutu v Ljubljani, ki je kot del svoje dejavnosti na Zdravstveni svet opredelila tudi terapijo odpovedi prebavil. V okviru te dejavnosti smo v program parenteralne prehrane na domu od avgusta leta 2008 vključili 30 bolnikov, 13 bolnikov zaradi sindroma kratkega črevesja in/ali malabsorpcije ter 17 bolnikov z rakom. Trenutno vodimo 19 bolnikov, dva bolnika s Chronovo boleznijo pa sta v programu učenja parenteralne prehrane na domu. Pri dveh bolnicah je bila parenteralna prehrana le začasna, dokler si prebavila po

onkološkem zdravljenju niso opomogla. Pri obeh je trajala dobrega pol leta.

Za vse bolnike, za katere v prehranski obravnavi ugotovimo, da imajo klinično pomembno delno ali popolno odpoved prebavil ter potrebujejo nadomestno terapijo s parenteralnim vnosom hranil, na ZZZS naslovimo vlogo za odobritev parenteralne prehrane na domu.

Med benignimi indikacijami so pri naših bolnikih zastopane vse najpogostejše indikacije: Chronova bolezen, radiacijski enteritis in motilitetne motnje. Imamo tudi tri bolnike po obsežni resekciji črevesja. Pri rakastih bolnikih so zastopani predvsem bolniki s tumorji zgornjih prebavil in bolnice z rakom jajčnikov, ki so ob nastopu odpovedi prebavil še v relativno zelo dobri kondiciji. Porazdelitev naših bolnikov se popolnoma ujema s prevalenco posameznih skupin bolnikov v svetu.

Ob predstavitvi razvoja stroke klinične prehrane in nadomestne terapije odpovedi prebavil s parenteralno prehrano na domu pa ne morem mimo dveh naših bolnikov, ki sta s svojo aktivnostjo neposredno pripomogla k razvoju te dejavnosti v Sloveniji. Ena izmed njih je bila naša kolegica dr. Edita Stok, ki je tudi na svoje delovno mesto v Bruselj potovala s hranilnimi raztopinami. K sistemskemu urejanju dejavnosti je veliko pripomogel tudi g. Tom Pleterski.

Razvoj stroke klinične prehrane in nadomestne terapije odpovedi prebavil pa je seveda omogočilo tudi vodstvo Onkološkega inštituta v Ljubljani, ki je tudi na področju podporne terapije rakastih bolnikov znalo pogledati čez plot in je na ta način veliko pripomoglo k bolj kakovostni terapiji in življenju bolnikov rakom med in po njihovem zdravljenju. Pa ne samo bolnikov z rakom, v Enoti za klinično prehrano Onkološkega inštituta se ukvarjamo s terapijo odpovedi prebavil tudi pri drugih skupinah bolnikov. Obravnavo takih bolnikov smo si ogledali tudi v nekaterih drugih centrih v Evropi. Najbolj poučen je bil vsekakor obisk Centra za odpoved prebavil (Intestinal failure unit) v Varšavi, kjer skupina profesorja kirurgije dr. Mareka Pertkiewitza vodi več kot 250 bolnikov. Številni so na parenteralni prehrani na domu več kot dvajset let!

Praktično izvajanje parenteralne prehrane na domu

Naši bolniki si tako kot večina bolnikov z odpovedjo prebavil po svetu, aplicirajo raztopino hranil preko VAP-a ponoči in preko dneva živijo relativno normalno življenje.

Učenje bolnikov vodi diplomirana medicinska sestra Laura Petrica, ki na tem področju orje ledino v Sloveniji. Bolniki prihajajo tedensko na menjavo Griper igle v VAP in takrat imajo tudi redne kontrole v naši ambulanti. Tudi pri rednih kontrolah osnovno presejanje izvaja DMS Laura Petrica in njena nova pomoč Suzana Crljenica. Kontrolni pregledi so prilagojeni njihovem presnovnemu stanju in osnovni bolezni. Bolnika pregledamo klinično, kontroliramo laboratorijske izvede in merimo sestavo telesa. Temu prilagajamo vnos hranil. Presnovna podpora s parenteralnim vnosom hranil zahteva nenehno prilagajanje, zato je za njeno optimalno vodenje nujen multidisciplinarni pristop. Na Onkološkem inštitutu sodeluje več zdravnikov (anesteziologi, kirurgi), diplomirana in srednja medicinska sestra, klinični dietetiki, farmacevti in fizioterapevti. Anesteziologinja Mojca Gašperin in kirurg Franc Pompe vstavljata venske valvule in pomagata pri razreševanju zapletov.

Pomembno vlogo v ugotavljanju zmogljivosti prebavil in vodenju parenteralne prehrane na domu ima tudi klinični dietetik. Dietetiki skrbijo, da je v primeru delne odpovedi prebavil vnos hranil preko prebavil optimalen, in so tako bistveni člen v procesu odvajanja bolnika od parenteralnega vnosa hranil. Vsekakor bi bilo brez naših dietetikov, ki jih vodi Denis Mlakar Mastnak, vodenje terapije odpovedi prebavil bistveno slabše.

Hranilne raztopine in ves drug sanitetni in tehnični material dobijo bolniki v lekarni Onkološkega inštituta in ta nato po dogovoru izstavi račun na ZZZS. Brez dobrega sodelovanja s farmacevti je vodenje parenteralne prehrane na domu nemogoče in ker je tudi za farmacevte v Sloveniji to nova dejavnost, ki so jo pomagali razviti, moram na tem mestu omeniti vodjo lekarne na Onkološkem inštitutu Moniko Sonc in Tanjo Korošec, ki z našimi bolniki neposredno sodeluje.

Koliko Evropejci vedo o antibiotikih

Poznavanje antibiotikov in odnos Evropejcev do uživanja antibiotikov je zaskrbljujoč.

Izsledki najnovejše raziskave med prebivalci držav članic EU pričajo, da je le 20 odstotkov vprašanih Evropejcev pravilno odgovorilo na štiri ključna vprašanja o učinkih antibiotikov. Anketiranci so ugotavljali, ali držijo trditve, da antibiotiki uničujejo viruse, da so učinkoviti pri prehladu in gripi, da zaradi nepravilne/pretirane uporabe postanejo neučinkoviti ter da imajo antibiotiki pogosto stranske učinke, na primer drisko. Da prvi dve trditvi ne držita, drugi dve pa sta pravilni, je pravilno odgovorila le petina vprašanih.

Najbolje so se odrezali na Finskem, kjer je na vsa vprašanja pravilno odgovorilo kar 44 odstotkov sodelujočih, najslabše pa v Romuniji, kjer so na vsa vprašanja pravilno odgovorili le štirje odstotki sodelujočih v raziskavi. Slovenija se je s 33 odstotki pravilnih odgovorov uvrstila med prvo šesterico držav. Poleg Fincev in Slovencev so v njej še Švedi, Danci, Francozi in Belgijci. Ob koncu raziskave so strokovnjaki poudarili, da izboljšanje poznavanja antibiotikov in ozaveščenosti, povezane s temi zdravili, predstavlja pomembno nalogo in zanimiv izziv predvsem za zdravnike in farmacevte, pa tudi za medije.

Vira: Eurostat, Reuters

Nina Mazi

Zapleti, ki se jih najbolj bojimo, so zapleti v povezavi z vensko valvulo, predvsem njen infekt, ki lahko hitro ogrozi bolnika. Potrebno je hitro reševanje tega zapleta, zato so bolniki o njem dobro seznanjeni in pri kontrolah vedno preverimo stanje centralnega venskega katetra ter klinične znake infekta. V primeru zapletov je potrebna takojšnja hospitalizacija in takrat bolnike sprejmemo na Oddelek za klinično prehrano ali pa na njihov matični oddelek na OI.

Včasih bi potrebovali tudi psihologa. Ko smo prvi bolnici z Chrono boleznijo povedali, da njeno črevo ne bo nikoli zadoščalo za zadosten vnos hranil v telo in da je potreben nadomesten vnos hranil preko žile, je kar zajokala. Posebej jo je prizadelo, ko smo ji ukinili vse prehranske dodatke. Ne glede na to, da je za njih porabila veliko denarja in je bil njihov učinek zelo šibek, je imela občutek, da brez njih ne more živeti. Vendar je kmalu, že po nekaj tednih redne infuzijske terapije ugotovila, da je življenje veliko lepše, predvsem pa bolj kakovostno, četudi si je vsako noč pripravila infuzijsko raztopino. Pri bolnici so se postopno popravljali znaki podhranjenosti, vključno z nevrološko simptomatiko. Danes ne škili več, njena hoja je samo še nakazano ataktična, predvsem pa je videti veliko mlajša! Zdravljenje podhranjenosti pač bistveno zmanjša presnovni stres in promet prostih radikalov in dobra prehranjenost je torej tudi pomlajevalna terapija!

V slabih dveh letih od začetka našega delovanja smo se z bolniki zelo dobro spoznali in se tudi sami veliko naučili. Terapija odpovedi prebavil zahteva partnerski odnos z bolnikom in kakovostno komunikacijo z bolniki in tudi njihovimi lečečimi zdravniki. Tako smo s pomočjo bolnikov, zlasti družine Tolar iz Mojstrane, pripravili tudi prvi piknik za naše bolnike in njihove svojce. Padal je sicer dež, a tudi to ni bila ovira za izjemno pristrčno druženje. Nekdanja bolnica nam je tudi zapela.

V zaključek sestavka pa vsekakor spada tudi zapis naše bolnice (objavljen v 2. številki revije Okno, 2009), ki je imela po zdravljenju kolorektalnega karcinoma številne zaplete zaradi podhranjenosti. Vzrok je bil hud postradiacijski enteritis z malabsorpcijo. Je ena naših prvih bolnic na parenteralni prehrani na domu in kmalu po začetku tega nadomestnega zdravljenja odpovedi prebavil je med drugim zapisala:



Naši bolniki in mi.

»Kot vsaka spretnost, ki se sprva zdi hudo komplicirana, se tudi ta po nekaj dneh poenostavi.« Samohranilka« sem že pol leta, dan preživim po svoje, rišem, telovadim, kuham, pospravljam, berem, hodim na WC in se vozim na izlete. Za večerni priklop porabim četrte ure, naravnam »timing«, odklop je naslednje jutro. Ob sredah obiščem prehransko ambulanto, na oddelku C mi prijazne sestre zamenjajo iglo, privoščim si kavico iz avtomata, na 14 dni z mojimi angelom varuhom Matjazem naloživa »fasngo« in greva domov. Ni problem! Svet se spet vrti tudi zame.«

Zaključek

V zapisu sem želela očrtati bistvene strokovne in organizacijske značilnosti, ki spremljajo terapijo bolnikov z odpovedjo prebavil. Dober pregleden zapis tega strokovnega področja si lahko preberete v kurikulumu izobraževanja s področja klinične prehrane, ki ga izvaja ESPEN (<http://www.lllnutrition.com/>), in v zgoraj omenjenem učbeniku. Ob pregledu dogajanja na področju nadomestne terapije prebavil s parenteralno prehrano pa še vedno ostaja v Sloveniji sistemsko neurejeno področje umetne enteralne prehrane pri bolnikih z odpovedjo zgornjih prebavil.

Literatura:

1. <http://www.lllnutrition.com/>
2. Bozzetti F, Staun M et Van Gossum A. Home parenteral nutrition. CAB international 2006.

Letošnja srečanja koloproktologov

Pavle Košorok

Koloproktologija kot novejša in hitro razvijajoča dejavnost opozarja nase z zanimivimi srečanji. O kongresu ISUCRS (International Society of University Colorectal Surgeons) v Seulu smo že poročali, prav tako o srečanju Mediteranskega združenja za koloproktologijo (MSCP) v Solunu. Veliko vse-ameriško srečanje koloproktologov (American Society of Coloproctology) se je nedavno končalo v Minneapolisu (ZDA), kjer slovenskih udeležencev ni bilo. Kongres je bil posvečen naraščajočemu zanimanju genetike pri zdravljenju bolnikov s kolorektalnim karcinomom. Udeleženci so bili seznanjeni z najnovejšimi podatki s področja genetike in patologije, ki naj bi pomagali k bolj »personaliziranemu« zdravljenju bolnikov.

Uvajanje novih kemoterapevtskih shem vodi do boljšega zdravljenja, predvsem pri bolnikih z oddaljenimi metastazami stadija II in III kolorektalnega karcinoma in rektalnega karcinoma na način neoadjuvantnega zdravljenja. Genetski pristop k individualnemu tumorju pomaga odkrivati paciente, ki bi adjuvantno terapijo najbolj potrebovali in bi nanjo tudi najbolje odgovorili.

Veliko evropsko srečanje, ki odgovarja organizaciji ameriškega združenja, je predvideno v Sorrentu v Italiji (5th Scientific & Annual General Meeting of European Society of Coloproctology). Želimo si, da bi na tem srečanju sodelovalo vsaj nekaj slovenskih kirurgov, ki jih zanima koloproktologija, saj bo to prikaz enoletnega dogajanja v Evropi. European Society of Coloproctology (ESCP) postaja najvplivnejše koloproktološko združenje v Evropi, saj nekako ustreza vzorcu, ki ga je uvedlo ameriško združenje.



Skupaj z asist. Vlasto Gregorc Novšak sva se udeležila 8. letnega srečanja Mediteranskega združenja za patologijo medeničnega dna, ki vsako leto poteka v Kairu in ki ga skrbno organizira fundacija Ahmeda Shafika. Kongres je trajal praktično tri polne dni, vključno s predkongresno delavnico laparoskopske kirurgije. Med posebej zanimivimi temami je že na začetku izstopala okrogla miza, ki je obravnavala možnost uporabe SNS (Sacral Nerve Stimulation) pri fekalni inkontinenci. Iz študij se vidi, da SNS postaja uspešnejša od uporabe umetnih sfinktrov, ki jih v posebnih primerih še vedno uporabljajo. Za razumevanje delovanja medeničnega dna se razvijajo tudi nove vrste preiskav (statično in dinamično slikanje z magnetno resonanco). Namesto defekografije je MRI-preiskavo mogoče uporabljati tudi pri bolnikih z zaprtjem (obstructed defecation). Na okrogli mizi, posvečeni otroškim problemom, so bile obravnavane anorektalne nepravilnosti in možnosti njihove odprave.

Še vedno je v veliki meri nerešeno vprašanje pelvične bolečine. Enega od načinov (transkutana nevroлиза pudendalnega živca) je uvedel prav prof. Shafik na svoji kliniki. Nikoli rešeno področje je tudi vprašanje fistul. Pri zdravljenju le-teh se pojavljajo vedno nove rešitve ali spremembe starih postopkov, s katerimi naj bi izboljšali rezultate zdravljenja. Pri spuščnem medeničnem dnu je eden od velikih problemov notranji prolaps črevesa, običajno v zvezi z rektokelo pri ženskah.

Poročali smo o naših izkušnjah z notranjo mukozektomijo po Delormeju, ki je bila sprejeta s posebnim zanimanjem, ker so vse operacije narejene kot posegi dnevne bolnišnice. Predstavljenih je bilo še nekaj načinov zdravljenja rektokele, nekateri med njimi tudi z namenom zdravljenja zaprtja (obstructed defecation). Med patologijo anorektuma je nikoli končana zgodba o zdravljenju hemoroidov. Z novimi tehnologijami se ponujajo tudi nove možnosti zdravljenja (laser, ligasure, harmonični skalpel). Poseben dan je bil rezerviran za operacijske prenose, ki so bili organizirani na kliniki prof. Shafika. Povabljen sem bil, da pokažem operacijo hemoroidov z mehanskim spenjalnikom, sicer pa je bilo prikazanih še nekaj zanimivih posegov (operacija fistule, operacija bolnika z inkontinenco in laparoskopska kolektomija pri bolniku z zaprtjem).

Kairsko srečanje postaja stalnica na koledarju mojih strokovnih sodelovanj. Zame je še posebej zanimivo, ker gre pri patologiji medeničnega dna za interdisciplinarno sodelovanje med koloproktologi, ginekologi in urologi. Ob pomembnih svetovnih kongresih je prav, da ne pozabimo tudi bližnjih srečanj, med katerimi nekatera oživljajo nekdanje sodelovanje na področju Jugoslavije. Zanimiv kongres, ki se ga je udeležilo nekaj slovenskih kirurgov, je bil Kirurški kongres v Dubrovniku, pa tudi srečanje srbskih koloproktologov v Novem Sadu. Novi Sad je na nek način zaznamovan tudi z vlogo Slovencev, saj je bil pobudnik za koloproktološko tematiko srečanja prav dr. Boris

Zagoričnik, potomec slovenskih staršev, ki so živeli v Vojvodini. Tudi aktualni predsednik kirurške sekcije Vojvodine, prof. Milan Breberina, je po mami slovenskega rodu. Njena družina je bila med vojno preseljena, kasneje pa se je poročila in ostala v Novem Sadu. Prof. Breberina je prav gotovo podedoval veliko ljubezen do planin, saj je pobudnik planinarjenja po Fruški gori in po drugih državah, rad pa se vrača tudi v Slovenijo. Prav on je bil tudi eden od povabljenih na srečanje slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo v Rogaški

Slatini konec maja, ki je bilo v drugem delu posvečeno srečanju in izmenjavi izkušenj med kolegi nekdanje Jugoslavije. Tudi tu je bila ena od tem področje patologije kolona in rektuma ter zdravljenje kolorektalnega karcinoma.

Z veseljem poročam o različnih dejavnostih koloproktološkega združenja, posebej zato, ker ob stikih z mednarodnimi kolegi zorimo, po drugi strani pa skušamo pokazati, da rastemo in ohranjamo visoko raven domačega znanja in izkušenj.

Izobraževanje iz ginekološke onkologije

Dejan Ognjenovik

V maju 2010 sem se izobraževal iz ginekološke onkološke kirurgije na Univerzitetni kliniki v Leuvnu, Belgija (Katholieke Universiteit Leuven). Z izobraževanjem sem bil zelo zadovoljen in ga priporočam vsem ginekologom, ki se želijo posvetiti ginekološki onkologiji, saj na tej kliniki ne bodo pridobili samo veliko znanja, pač pa navezali tudi številne strokovne stike. Ker v nadaljevanju svoje izobraževanje predstavljam samo na kratko, sem za morebitna vprašanja na voljo vsem kolegom, ki bi želeli izvedeti več o izobraževanju iz ginekološke onkologije – ne samo v tej ustanovi, ampak tudi v drugih onkoloških centrih v Evropi.

O kliniki

Klinika, ki je največja v svoji regiji, ima 2300 postelj. Razdeljena je na t. i. kampuse, posamezne klinike in oddelki pa so označeni z različnimi barvami. Klinika za ginekološko onkologijo, ki se nahaja v četrtem nadstropju rumenega krila klinike, ima 30 postelj, celotna ginekologija in perinatologija pa skupaj 130. Na kliniki za ginekologijo in perinatologijo je zaposlenih 27 specialistov in 15 specializantov, njen predstojnik je prof. dr. Ignace Vergote, dr. med., ki je vodilni v ginekološki onkologiji ne samo v Evropi, pač pa tudi v svetu.

Operacijski blok I je razdeljen na štiri podbloke (A, B, C in D) in v vsakem izmed njih so štiri operacijske dvorane, opremljene z najsodobnejšo opremo. Operacijski blok II, kjer opravljajo bolj urgentne operacije, ima dva podbloka s po štirimi operacijskimi dvoranami. Ginekološke operacijske dvorane so nameščene v podbloku B, ginekološki operacijski program pa se izvaja vsak dan. Tako so v ponedeljek operirali ginekologi, ki se ukvarjajo z zdravljenjem endometrioze, v torek je bila na vrsti ginekološka onkologija, v sredo so delali splošni ginekologi, v četrtek je bila na vrsti kirurgija dojke, v petek pa so potekale operacije iz ginekološke onkologije.

Izobraževanje

Moj mentor je bil prof. dr. Ignace Vergote, z izobraževanjem pa smo začeli v ponedeljek, 3. maja, v operacijski dvorani. Delali smo na robotskem operacijskem sistemu Da Vinci. Ob sredah smo imeli glavno vizito, kjer smo obravnavali že operirane bolnice in ambulantno pregledali bolnice, ki so dobivale kemo-terapijo.

Na kliniki, kjer trenutno poteka nad dvajset raziskav, imajo zaposlenih deset študijskih sester le za potrebe ginekološke onkologije. Celoten sistem sledenja zdravljenja posamezne bolnice je računalniško voden, tako da imaš vpogled v vse, kar se je z bolnico dogajalo v preteklosti, podatke pa si je mogoče prikazati tudi grafično. Prek računalniške mreže je mogoča povezava tudi z radioterapevti, patologi... Vsak četrtek popoldan poteka skupni sestanek, imenujejo ga »tumour board«, na katerem sodelujejo vsi onkologi na kliniki ter psihiater in socialna delavka. Specializanti s pomočjo velikega ekrana predstavijo posamezne bolnice, nato pa zbrani razpravljajo o načinu zdravljenja in o morebitni vključitvi v raziskave. Ostale dneve sem vse do konca operacijskega programa preživel v operacijski dvorani.

Za konec

Izobraževanje v referenčnem centru za ginekološko onkologijo v Leuvnu, ki je priznan tudi s strani ESGO (European Society for Gynecologic Oncology), ocenjujem kot uspešno in zelo strokovno. Na koncu izobraževanja mi je mentor dal priporočilo, ki mi pomeni veliko vzpodbudo za nadaljnje izobraževanje iz ginekološke onkologije.

Ob tej priložnosti bi se rad zahvalil svojim kolegom in direktorju SB Ptuj za nesebično podporo v mojem že skoraj petletnem izobraževanju iz ginekološke onkologije.

9. Svetovni kongres fetalne medicine na Rodosu

Darija Strah

Od 20. do 24. junija 2010 sem se ponovno mudila v Grčiji, saj se je Svetovni kongres fetalne medicine iz Portoroža, kjer je potekal lani, preselil na Rodos. Še vedno pa je bilo zelo prijetno slišati kar nekaj pohval in lepih spominov na bivanje pri nas in ob pohvali tvoje domovine s strani tujih kolegov ti postane kar toplo pri srcu. Tokrat se nas je zbralo 1200 zdravnikov z vsega sveta. Kongres je potekal v znamenju vseh zadnjih novih dognanj fetalne medicine in seveda svetovnega prvenstva v nogometu. Žal za Slovenijo in Grčijo ni bilo razloga, da bi proslavljali pozno v noč. A nič ne de, saj smo vsak večer našli nov razlog za kratke noči, težje pa za redno jutranje bujenje, ko so nas čakale dolge, dolge ure predavanj, kot ponavadi osem do devet ur na dan. A to pač je svetovni kongres FMF (Fetal Medicine Foundation), ko ga posvojiš, ni nič težko.

Prof. Nicolaidis je bil seveda zopet v svojem elementu in kot ponavadi je bila prisotna tudi vsa najpomembnejša elita s področja perinatologije, fetalne medicine, neonatologije, genetike, fetalne kirurgije in strokovnjakov za fetalno magnetno resonanco. Predavanja so bila zelo kakovostna, pregledna in resnično zanimiva, tako da je bila dvorana v hotelu Rhodos Palace ves čas polno zasedena. Opisala vam bom nekatera pomembna in zanimiva predavanja, seveda pa moram zapisati, da se je kongresa udeležilo tudi pet zdravnic iz Slovenije: Sonja Levak Hozjan, Marija Predič Georgijev, Simona Čopi, Darija Strah in Nataša Tul Mandič, ki je imela tudi predavanje z naslovom »Perineal tear: Maternal and fetal characteristics«. Bravo, Nataša!

Poglavje o monohorijskih dvojčkih je zajemalo vse vidike laserske terapije: napoved izgube ploda po posegu, primerjavo amniodrenaže z lasersko terapijo, preprečevanje izgube ploda po posegu, rezultate ponovljenih posegov,

možnost grozečega prezgodnjega poroda, dolgotrajno sledenje otrok po posegu. Nizka porodna teža otroka je edini neodvisni napovedni dejavnik pri oceni nevrološke okvare in slabšega razvoja po porodu. Večina zapletov pri identičnih dvojčkih nastane zaradi prednatalne diskordance, bodisi v teži, v Dopplerskih vrednostih srednje možganske arterije (MCA), v količini plodovnice in pojavu različnih nepravilnosti, kot sta npr. *twin reversed arterial perfusion* (TRAP) in patološki pretok krvi med enojajčnima dvojčkoma (TTTS-sindrom). Pri laserski terapiji pod 26 tedni gestacije je seveda glavni razlog slabega izida nezrelost. Možni izid po terapiji je naslednji: prekinitev patološkega pretoka in nadaljevanje nosečnosti, ponovni pojav TTTS, TAPS (*twin anemia polycythemia sequence*) in v 2 odstotkih pojav amnijskega tračka. Stanje TAPS je bilo zame novo, zato ga podrobneje opisujem. Pomeni *twin anemia polycythemia sequence*, nanjo so prvi opozorili neonatologji in lahko vodi v pozno neonatalno smrt. Donor je anemičen, recipient polnokrven, vendar značilno stanje olygo/polyhidramnion ni prisotno. Po laserski terapiji ga najdemo v skoraj 5 odstotkih, spontano nastane v 0,9 odstotka vseh monohorijskih dvojčkov. Običajno se začne razvijati po 26. tednu, zato stanju z drugo besedo rečemo TTTS neonatologov. Gre namreč za kronično, medsebojno patološko pretakanje krvi, dnevno do približno 100 ml, po tankih, večinoma manj kot 1 mm širokih A-A, lahko pa tudi po AV-VA ali spregledanih AV-anastomozah, ostalih po laserju. Nanj lahko prednatalno pomislimo, ko sta najvišji sistolni hitrosti pretoka v MCA diskordantni ($< 1,0$ MoM, $> 1,5$ MoM). Ponatalna diagnoza se opre na anemijo donorja (Hb manj kot 5 percentila za gestacijsko starost) in retikulocitozo $> 1,7$, policitemijo recipienta (vensko Ht več kot 65 odstotkov), razliko v Hb med obema za več kot 8 g/dl ter dokaz placentalnih anostomoz premera manj kot 1 mm. Otroci, rojeni po

Znanje in osebnost

Pri študiju medicine in kasnejšem opravljanju zahtevnega zdravniškega poklica oziroma poslanstva igra poleg znanja in inteligenčnega kvocienta (IQ) pomembno vlogo tudi osebnost – značaj in temperament. Na medicinskih fakultetah in v zdravstvenih ustanovah pa kljub temu še vedno preverjajo in cenijo, pa tudi nagradujejo predvsem znanje, izkušnje in visok IQ. Skupina znanstvenikov z univerze v Gentu je s poglobljeno raziskavo na številnih generacijah študentov medicine in zdravnikov, podobno kot njihovi kolegi na nasprotni strani Atlantika, ugotovila, da je osebna integriteta prav tako pomembna kot znanje. Nema lokrat se osebnostne značilnosti in lastnosti izkažejo celo za odločilne, znanje, ki pri medicincih in zdravnikih velja za *conditio sine qua non*, pa ostaja drugo-tnega pomena.

Vir: Psychology Today

Nina Mazi



taki nosečnosti, seveda potrebujejo oskrbo v terciarnih neonatoloških centrih.

Predavanje »Fatal cardiac interventions« strokovnjaka iz bolnišnice Linz v Avstriji nam je osvetlilo možnost prednatalne terapije nepravilnih stanj srca, kot je npr. sindrom hipoplastičnega levega srca (HLHS). Koncept intrauterinih kardialnih intervencij temelji na dejstvu, da preproste obstruktivne lezije med morfogenezo povzročijo spremembe v toku krvi in pritisku v posameznih delih srca in to dogajanje pripelje do kompleksnih srčnih napak. Dogajanje se začne že 21. dan razvoja, pospešeno od 33. do 42. dne. Poglejmo podobna primera kritične aortne stenoze in HLHS, kajti prva se seveda razvije v popolno sliko drugega stanja. Pri aortni stenozii je levi ventrikel povečan ali normalne velikosti, a s slabšo kontraktilnostjo, v endokardu se začne proces fibroelastoze, izmerimo lahko turbulentni pretok z visoko hitrostjo, napaka je torej L-D shunt preko foramna ovale in opažamo obratne pretoke. Pri HLHS je levi ventrikel majhen ali odsoten z zelo slabo kontraktilnostjo, prisotno fibroelastozo, skozi aortno zaklopko ni anterogradnega toka krvi, ravno tako je to L-D shunt skozi foramen ovale in opažamo obratne pretoke. Zato lahko pri razvoju kritične aortne stenoze intrauterino naredijo aortno

valvuloplastiko, ki omogoči razvijanje levega srca. Ob porodu opažajo skoraj normalno funkcijo levega srca in biventrikularno cirkulacijo. S tem posegom se prepreči razvoj kritične aortne stenoze v obliko HLHS. Pri posegu je nosečnica v globoki splošni anesteziji, uporabijo iglo 18G in transtorakalni pristop. V srce vstopijo preko stene L ventrikla ter z balonskim katetrom premera 2,5–4,5 mm razširijo del, kjer se pripenjajo lističi aortne zaklopke. Do sedaj so med 24. in 28. gestacijskim tednom naredili 24 posegov, skoraj 70 odstotkov novorojencev je kazalo znake zelo zadovoljivega uspeha, zaradi tehničnih težav niso uspeli operirati štirih HLHS, dva sta umrla intrauterino. Poudarili so tudi vedno višji odstotek dobro opravljenih posegov, saj je obdobje učenja za njimi.

Zelo zanimivo in praktično predavanje nam je podal Sepulveda z naslovom »Retronasal triangle and nasal bone«. Lansko leto nam je v Portorožu predstavil prvi del novega opazovanja: »Retronasal triangle: a sonographic landmark for the screening of cleft palate in the 1. trimester«. Tokrat je predstavil 110 primerov, kjer so analize 3D-volumna obraza za prisotno nosno kost z obeh strani, le eno ali nobeno. Pri analizi se seveda ocenjuje retronazalni kot na vrhu, saj se morata v koronarnem pogledu lepo videti dva okrogla dela, ki ponazarjata prečen presek skozi nosno kost. Statistična analiza je potrdila statistično značilno boljšo oceno nosne kosti, saj pri midsagitalnem preseku velikokrat ne dokažemo npr. odsotne ene strani nosne kosti. Težave imamo lahko tudi pri nosečnicah s prekomerno telesno težo. Sepulveda tako predlaga, da bi FMF vključil v oceno nosne kosi njihov predlog ocene stanja obraza.

Timmermanova nam je predstavila povsem novo temo prvega trimesečja: oceno hepatičnega pretoka. Znano je, da se pri plodovih, ki zastajajo v rasti (IUGR) v 2. in 3. trimesečju pojavi povečan pretok skozi hepatično arterijo in to je nekakšen pufer, odgovor na kronično plodovo hipoksijo. Ko se pretok v ductusu venosusu poveča, se perfuzija v jetrih zmanjšuje in povečan pretok v arteriji hepatiki ohranja jetrno funkcijo intaktno. Tak pretok so opazovali tudi pri plodovih s hidropsom ali zelo povečano nihalno svetlino (NS). Merili so Pi v arteriji hepatiki in primerjalno pri plodovih z normalno NS. Pri trisomiji 21 (T 21), ostalih kromosomskih nepravilnostih ter slabem izidu kromosomsko pravih plodov je bil Pi značilno nižji glede na plodove z normalno NS in normalnimi izidom ali plodove s povečano NS in normalnim izidom. Fiziološke študije kažejo, da je proces povečanega pretoka odvisen od adenoze in se pojavi že v prvem trimesečju. Jetra so pomemben organ tako s hepato- kot hematopoetskega vidika,

sodelujejo pri mieloproliferativnih stanjih. Odločili so se, da zastavijo obsežno študijo za nova dognanja.

Nicolaidesova ekipa je predstavila predavanje »Adrenal and liver size at 11-13 weeks«, ki sem ga v praksi uporabila že prvi delovni dan po vrnitvi. Dolžina nadledvičnice je glede na CRL (dolžina od temena do trtice) manjša pri aneuploidnih plodovih, najbolj pri T 18. Velikost jeter v kubičnih cm pa odraža povečan volumen pri T 21. Tako sta pomembna nova zaključka: pri T 18 je že zelo zgodaj prisotna adrenalna hipoplazija, ki zelo dobro korelira z rezultati obdukcijских ugotovitev, pri T 21 pa opazamo hepatomegalijo s povečanim pretokom v hepatični arteriji in večjo pogostost za mieloproliferativne bolezni, kot je npr. akutna megakarioblastna anemija.

Zanimivo predavanje je obravnavalo uživanje alkohola v prvem trimesečju. Težave in patološka stanja, povezana z uživanjem več kot 8 g alkohola dnevno, so razcep neba in ustnic, motnje obnašanja, večja možnost prirojjenih srčnih napak, predvsem transpozicije velikih žil (TGA), in pojav spine bifide ter kot najhuje izražena stopnja alkoholni fetalni sindrom z resnim zaostajanjem v nevrološkem razvoju. Opažajo ga v približno 2 do 4 primerih na 1000 živorojenih otrok. Svetovano je bilo, da se nosečnici natančno opiše, kako nevarni so zapleti, in po podatkih večina žensk preneha s pitjem.

L. Allan nas je zopet navdušila s predavanjem o fetalnem srcu. O tem, kako narediti fetalni ultrazvok v 1. trimesečju, sem zelo natančno pisala v prejšnji številki revije Isis, zato vas prosim, da si preberete članek ponovno, saj opisuje primerjavo s fetalnim ultrazvokom v 2. trimesečju. Allanova pa nam je osvetlila Downov sindrom (DS) in večje prirojene srčne napake. Analiza otrok, rojenih z DS v zadnjih letih, kaže, da je takih le 40 odstotkov. Analiza Allanove kaže tudi, da je le 25 odstotkov napak srca mogoče odkriti prednatalno z UZ. Visok odstotek ima patološke znake razvoja v prvem trimesečju, kot so trikuspidalna regurgitacija, ductus venosus, aberantna desna subklavija in povišana NS. Približno 85 odstotkov zarodkov z DS ima povišano NS. Če je NS več kot 3,5 mm, imamo kar 26 odstotkov možnosti, da ima srce večjo napako.

Poučno je bilo tudi predavanje o vplivu povišane telesne teže nosečnice: povečan BMI ima vpliv na višjo pogostost zadržanega splava od 12. do 22. tedna, intrauterino smrt po 24. tednu, pojav diabetesa mellitusa, arterijske hipertenzije, preeklampsije, makrosomije in posledičnega carskega reza. Pomembna je redna preventiva in redno kontroliranje.

Na koncu je Nicolaides zaključil kongres s kratkim, a zelo jedrnatim predavanjem in pomenljivim naslovom »Turning the pyramid of pregnancy care«. Z vsemi znanimi dejstvi lahko večino zapletov in stanje ploda napovemo v 12. tednu. Določimo trajanje nosečnosti, napovemo tveganje za vse večje strukturne napake, aneuploidije, možen zastoj rasti ali pojav preeklampsije. Določimo stanje delovanja ščitnice, oceno tveganja za razvoj gestacijskega diabetesa in prezgodnjega poroda, makrosomije in težjega poroda ter tveganje za intrauterino smrt. Zato ni treba nosečnice voditi z 10 do 14 obiski pri zdravniku, temveč z zelo natančnim, obširnimi pregledom v 12., 20. in 41., tednu ter po potrebi natančnim nadzorom v obdobju med 12. in 32. tednom. Samo izmerjena nuhalna svetlina že dolgo ni več zadostna, takrat pogledimo tudi obrazni kot, nosno kost, retronalni trikotnik, pogledimo pretok skozi aorto in duktus venosus, določimo intracerebralno svetlino. Pri visokih vrednostih NS pogledimo strukturo srca, če nam ultrazvočna aparatura to omogoča. Odvzemimo nosečnici kri, saj je dvojni hormonski test pokazatelj tudi drugih resnih zapletov, kot je zastoj rasti, pojav preeklampsije in seveda tudi aneuploidije. Naše delo bo še naprej ocenjevano vsako leto, saj se le tako lahko doseže tisto, kar medicina, ljudje in tudi mi sami terjamo od sebe: natančnost, sledenje novim dognanjem in nadzorovana kakovost. In edino taka seveda prinese uspeh.

Družinski zdravniki na piedestalu

Oblasti v Nemčiji so prepričane, da lahko prav družinski zdravniki rešijo tamkajšnje zdravstvo in krize in recesije. Zato si prizadevajo za čim bolj izobražene, razgledane in usposobljene splošne zdravnike in specialiste družinske medicine. Čeprav zdravstvene oblasti stavijo na družinske zdravnike in glavnino upov polagajo na družinsko medicino, pa specialisti z ostalih področij na družinske zdravnike še naprej gledajo zviška in družinsko medicino pogosto obravnavajo kot drugorazredno specialnost ter vztrajajo v prepričanju, da je klinična medicina pomembnejša, napornejša in zahtevnejša, zato mora biti tudi deležna posebnih spodbud in priznanja, pa tudi višjih osebnih dohodkov.

Družinski zdravnik mora biti sposoben klasifikacije, kategorizacije, triaže in osnovne oskrbe bolnikov. Nanj se ljudje v težavah in stiskah tudi najprej in najraje obrnejo, zato lahko prav on učinkovito prepreči nepotrebno zapravljene časa, energije in denarja za nadaljnjo diagnostično obdelavo, zdravlila in specialistično obravnavo. Od splošnih zdravnikov in specialistov družinske medicine se veliko zahteva, njihovi delovni pogoji in osebni dohodki pa niso premo sorazmerni s kompleksnostjo njihovega delovanja. Zato si v Nemčiji upravičeno prizadevajo za ureditev svojega statusa.

Vira: *Ärzte Zeitung, FAZ*

Nina Mazi

Evropska šola medicinske genetike

Irena Vrečar

V organizaciji Evropskega genetskega združenja je od nedelje, 23. maja, do petka, 28. maja 2010, na Medicinski fakulteti v Splitu potekala 23. Evropska šola medicinske genetike (ESGM) z neposrednim prenosom predavanj iz primarnega centra šole v Bologni v dopoldanskem času in z popoldanskim programom v obliki delavnic in predavanj z domačimi in vabljenimi predavatelji iz Hrvaške in Slovenije. Lokalni vodja projekta je bila prof. dr. Vida Čulić, specialistka pediatrije s subspecializacijo humane genetike, iz Hrvaškega društva za humano genetiko, v sodelovanju z Medicinsko fakulteto v Splitu, Združenjem za levkemije in limfome Split ter Klinikom za otroške bolezni KBC Split.

Evropska šola medicinske genetike (ESGM) v organizaciji European Genetics Foundation zadnjih 22 let organizira tečaje s področja medicinske genetike in genomike, namenjene predvsem mladim zdravnikom specializantom, podiplomskim in podoktorskim študentom, medicinskim sestram, ki delajo na področju genetike, itd. V organizaciji ESGM se vsako leto odvije od 12 do 15 tečajev. Primarni učni center je Centro Universitario EuroMediterraneo v mestecu Ronzanu, 3,5 km oddaljenem od centra Bologne, tečaji pa se simultano predvajajo preko interneta v oddaljene centre, tokrat v Split, Valladolid (Španija) in Nikozijo (Ciper). Osnovni namen šole je širjenje znanja na področju medicinske genetike med mladimi raziskovalci in zdravniki, hkrati pa so tečaji priložnost za vzpostavitev strokovnih stikov, izmenjavo izkušenj in odpirajo nove možnosti sodelovanja s kolegi iz vse Evrope ter samo fundacijo ESGM.

Enotedenski tečaj o medicinski genetiki je ponudil pregled trenutnega stanja na področju sodobne medicinske genetike. Med gostujočimi predavatelji so bili prof. Donnai iz Univerze Manchester, prof. Brunner iz Univerze Nijmegen, prof. Valle iz Univerze Johns Hopkins, poleg njih pa še številni drugi predavatelji iz Italije, Nemčije, Anglije, Avstralije in Avstrije. Napovedane teme tečaja so bile Uvod v medicinsko genetiko in analizo genoma, Citogenetika in klinična genetika, Sodobni pristopi v medicinski genetiki, Kompleksne bolezni in nevrogenetika, Zdravljenje, tehnologija, epigenetika ter etične dileme v genetiki.

Predavanja so pokrila temelje znanja medicinske genetike, osnovne koncepte dizmorfologije in citogenetike, postopke odkrivanja genov pri monogenških boleznih ter izzive, ki jih genetiki predstavljajo kompleksne bolezni. S kliničnega vidika je izstopalo predavanje o sindromu Marfan kot paradigmi prehoda medicinske genetike v genetsko medicino. Na primeru patogeneze nastanka aortne anevrizme pri sindromu Marfan je bilo

prikazano, kako poznavanje molekularnih mehanizmov prispeva k razvoju in uporabnosti novih zdravil ter kako zdravljenje z losartanom pri transgenih miškah prepreči nastanek aortne anevrizme. V primeru, da se obetavni rezultati potrdijo pri potekajočih raziskavah – študija COMPARE (COZaar in Marfan Patients Reduces aortic Enlargement), lahko pričakujemo, da bo zdravljenje z losartanom postalo bistven element obravnave bolnikov s sindromom Marfan. Glede morebitne uporabnosti losartana pri pogostejši, nededni obliki aortne anevrizme bodo potrebne še nadaljnje raziskave. Zanimivo je bilo tudi predavanje o problemu spinalne mišične atrofije (SMA). Kot inhibitor histonskih deacetilaz (potencialna zdravila za SMA), deluje tudi valproat, ki se že več kot tri desetletja uporablja kot učinkovito antiepileptično zdravilo. Pri polovici pacientov s SMA so po 5 do 6 mesecih zdravljenja z valproatom dokazali *in vivo* aktivacijo gena SMN2 (survival motor neuron gen) in izboljšanje oz. stabilizacijo klinične slike. Sistematične dvojno slepe kontrolirane študije večjih centrov za dokaz učinkovitosti zdravila so v teku tako v ZDA kot v Evropi.

Lokalni organizator in vodja šole v Splitu je bila prof. dr. Čulić, ki je bila s svojo energijo in dobro voljo gonilna sila projekta šole v Splitu. V okviru popoldanskega programa smo udeleženci šole v Splitu obiskali citogenetski in molekularnogenetski laboratorij, laboratorij in prostore Oddelka za hematologijo in Kliniko za otroške bolezni. Na Kliniki za otroške bolezni smo obiskali intenzivni oddelek, kjer so bili takrat hospitalizirani štirje otroci s težkimi genetskimi diagnozami, deklica s Pompejevo boleznijo (prvi primer diagnosticirane Pompejeve bolezni na Hrvaškem), deklica s kongenitalno miotonično distrofijo, otrok s spinalno mišično atrofijo ter dojenček s sindromom Wolf-Hirschhorn. S strani zdravnikov in medicinskih sester je bila naša genetska delegacija lepo sprejeta, predstavili so nam zgoraj omenjene paciente, potek dela na njihovi kliniki ter težave, s katerimi se soočajo pri vsakodnevem delu in pri implementaciji genetske diagnostike v vsakodnevno zdravniško prakso. Predavanja lokalnih predavateljev je pričela naša gostiteljica prof. dr. Čulić s splošno predstavitvijo medicinske genetike, prof. Krželj je predstavil problem favizma na



otoku Visu, kjer so pri moških prebivalcih mesta Komiza ugotovili visoko incidenco pomanjkanja glukoza-6-fosfat dehidrogenaze. V omenjeni raziskavi so odkrili novo različico mutacije v genu G6PD (sprememba nukleotida na mestu 1442 C→G), ki so jo poimenovali G6PD Split (druge odkrite mutacije na področju Dalmacije so bile G6PD Cosenza 9, G6PD Mediterranean 4, G6PD Seattle 3, G6PD Union 3 in G6PD Cassano 1, kar kaže na raznolikost najdenih mutacij G6PD v mediteranski populaciji). Pediatri so predstavili svoje izkušnje pri delu s težko bolnimi otroki ter pomen genetike pri zaostanku v umskem razvoju in metaboličnih boleznih, kot je Pompejeva bolezen, dr. Terzić pa je predstavil vpliv kroničnega vnetja na nastanek raka ter vpletenost IL-6 v kancerogenezo. Med vabljenimi predavatelji je bil tudi naš prof. dr. Borut Peterlin (Klinični inštitut za medicinsko genetiko), ki je govoril o možnostih in pomenu integracije genomike v javno zdravje.

Med udeleženci kongresa je bilo največ zdravnikov pediatrov (na Hrvaškem samostojna specializacija iz klinične genetike še ni uvedena), nekaj biologov, citogenetikov ter podiplomskih študentov z raznih fakultet, iz Osijeka, Zagreba, Ljubljane, Sarajeva in Mostarja. Klinični inštitut za medicinsko genetiko z omenjenimi institucijami in prof. Čulić že dolgo uspešno sodeluje, predvsem kot referenčni laboratorij za diagnostiko nekaterih genetskih bolezni (kot je npr. inkontinenca pigmenta) pri združevanju nekaterih večjih genetskih raziskav ter izmenjavi izkušenj na področju prednatalne diagnostike ter kot napotni center za predimplantacijsko genetsko diagnostiko, ki zaenkrat na Hrvaškem še ni izvedljiva.

Ažmanovi dnevi Gorske reševalne zveze Slovenije

Samo K. Fokter, Iztok Tomazin

V prijetnem okolju Logarske doline je Komisija za medicino (KMed) pri Gorski reševalni zvezi Slovenije (GRZS) 15. in 16. maja 2010 organizirala že 16. Ažmanove dneve GRZS. Strokovna srečanja, ki smo jih zdravniki gorski reševalci v spomin na dolgoletnega predsednika, učitelja in vzornika dr. Ažmana poimenovali po njem, so namenjena vsem zdravnikom, ki se srečujejo z nudenjem nujne medicinske pomoči v gorah ali jih zanima višinska in potovalna medicina. Organizacijski odbor pod vodstvom doc. dr. Sama K. Fokterja skuša v zadnjem času z izbiro tematike k udeležbi pritegniti tudi druge zdravstvene delavce in gorske reševalce.

Prvi del srečanja je bil tradicionalno posvečen nujnim stanjem v gorah. Sandi Poteko, specialist urolog iz Splošne in učne bolnišnice Celje, je v preglednem in praktično usmerjenem predavanju predstavil nujna stanja s področja urologije in ukrepanje na terenu. Nujna stanja z navedenega področja, ki velikokrat zahtevajo hitro ukrepanje, je razdelil na kamne v sečilih, vnetja sečil, motnje odtoka urina, akutne bolezni zunanjih genitalij, krvav urin in poškodbe urotrakta. Vsakemu področju je sistematično dodal osnovne ukrepe in navodila.

Šola medicinske genetike se je izkazala za enkratno izkušnjo. Enotedenski pregled novosti v humani genetiki je poleg novih kliničnih in znanstvenih informacij omogočil retrospektivno analizo našega dosedanjega dela oz. stanja v primerjavi z drugimi evropskimi centri. Kje smo in kam si želimo? Prednatalna diagnostika kromosopatij pri nas temelji na klasičnih citogenetskih tehnikah, s katerimi odkrijemo večino kromosomskih nepravilnosti, ki pri otroku lahko povzročajo razvojne nepravilnosti in duševno manjrazvitost. Z napredovanjem molekularnih tehnik in znanja v genetiki se v vsakdanjo rabo uvajajo nove metode, kot je mrežna komparativna genomna hibridizacija (array CGH), za katero je značilna večja stopnja odkrivanja kromosomskih nepravilnosti (zaznava submikroskopskih delecij in duplikacij) in se v nekaterih centrih že uveljavlja kot poskusna metoda v prednatalni diagnostiki. Prav tako se dilema pojavlja pri diagnostiki duševne manjrazvitosti, kjer moderni centri kot prvo preiskavo priporočajo genomske mikromreže oz. pri ustreznih indikacijah usmerjeno DNA-analizo. Poleg novega znanja so se sklenila tudi prijateljstva in poznanstva. Nadvse smo hvaležni prof. Čulić za njeno skrb in odlično organizacijo kongresa, skupaj z vodenim ogledom znamenitosti Splita ter zaključno večerjo v restavraciji na Piazzii v Splitu. Kongres se je zaključil s povabilom na konferenco o molekularni podlagi in patogenetskih mehanizmih aneuploidij *2nd Aneuploidy Conference*, ki bo potekala v Splitu od 16. do 19. septembra letos.

Nujno obravnavo motenj srčnega ritma na terenu je v poučnem predavanju predstavil asist. dr. Roman Parežnik, specialist internist z Oddelka za intenzivno interno medicino Splošne in učne bolnišnice Celje. Posebej je poudaril, da nujnost zdravljenja aritmij na terenu določa njihov hemodinamski pomen. Opisal je obravnavo tahikardnih in bradikardnih motenj ob prisotnosti resnih simptomov in znakov ter brez prisotnosti le-teh. Predstavil je uporabo pogostih antiaritmikov in uporabo defibrilacije, elektrokonverzije in transkutanega spodbujanja srca. Ob dejstvu, da se vsako leto zaradi množičnosti obiska slovenskih gora vse pogosteje srečujemo s tovrstnimi bolezenskimi stanji, se je po predavanju razvila živahna razprava.

Prof. dr. Igor Mekjavić je v zelo zanimivem in mestoma futurističnem predavanju predstavil delo svoje raziskovalne skupine z Inštituta »Jozef Stefan« v Ljubljani, ki se poglobljeno ukvarja z višinsko fiziologijo. V ta namen s pridom izkoriščajo zmogljivosti Olimpijskega športnega centra v Planici. Izpostavil je s poskusi potrjeno ugotovitev, da so športniki dosegli najboljše rezultate v primeru, ko so bivali na veliki višini in trenirali v dolini. Zaradi odmevnih rezultatov svojih raziskav se raziskovalna

skupina prof. Mekjaviča v zadnjem času aktivno vključuje tudi v vesoljske raziskovalne programe.

Psihološki vidik pristopa k ponesrečencu in/ali svojemc je odlično predstavil mag. Žarko Trušnovec, univ. dipl. psiholog in načelnik Postaje GRS Tolmin. V uvodu je opisal psihično stanje žrtev nesreč in njihovih svojcev, v nadaljevanju pa vlogo in možnosti reševalcev pri zmanjšanju njihove stiske. Zanimiva je bila ugotovitev, da si velika večina ponesrečenih želi, da bi bila med reševalci medicinsko izobražena ženska. Postopna feminizacija GRZS, ki smo ji priča v zadnjem času, je s strani ponesrečencev torej nadvse dobrodošla.

Drugi del srečanja je bil namenjen problematiki reševanja iz vode. Čeprav je tema za GRZS nekoliko neobičajna, se je izkazala za zelo zanimivo, saj je na tem področju še veliko nedorečenega in se odpirajo številne možnosti za poglobljeno sodelovanje služb, ki rešujejo iz vode in na vodi. V uvodnem predavanju je Eva Pogačar, specialistka anestezije in reanimatologije, predstavila problematiko nujenja nujne medicinske pomoči (NMP) pri reševanju iz vode. Poudarila je, da se kar tretjina otrok utopi v zasebnih bazenih, pri polovici utopitev pri odraslih pa je posredi uživanje alkohola. Nesreče pri potapljanju so v porastu, veliko nesreč s smrtnim izidom pa se na naših rekah zgodi med kanjoninom, raftingom in hidrospidom. Člani GRZS so zaradi znanja iz vrhne tehnike in prve pomoči večkrat klicani na pomoč, čeprav nimajo specifičnega znanja in opreme za potrebe reševanja iz vode.

Boleče izkušnje ob reševanju ponesrečenih v tragediji na Savi 3. julija 2008 je predstavil Leon Verdnik s Postaje GRS Celje, ki je tudi sam potapljač. V največji nesreči na vodi v zgodovini samostojne Slovenije je sodelovalo preko 1100 reševalcev, med izvajanjem reševanja se ni zgodil noben incident, reševalci pa med reševanjem niso utrpeli hujših poškodb. Sodelovanje vseh v akciji udeleženi struktur, tako profesionalnih kot tudi prostovoljnih, je kljub izrednim človeškim naporom potekalo odlično. Posebej je izpostavil dejstvo, da se v začetku reševanja nihče ni posebej ukvarjal z novinarji, zato se je odprl negativni informacijski lijak s posledičnim tendencioznim poročanjem in iskanjem krivcev za nesrečo. V bodoče je pri dogodkih, kjer se pričakuje povečan interes javnosti, treba takoj vpoklicati člana za delo z javnostjo in že na začetku določiti »pravila igre«.

Vlogo sil za zaščito, reševanje in pomoč (ZRP) pri reševanju iz vode in na vodi je orisal mag. Vojko Artač iz Gasilsko-reševalne službe Kranj, tudi sam izkušen potapljač. V preglednem predavanju je najprej razložil osnove fizike in fiziologije potapljanja, nato pa natančno opredelil preventivo, ki lahko prepreči marsikatero nesrečo, in reševanje, v kolikor do nesreče pride. Poudaril je, da je v primeru reševanja ljudi potrebna hitra odločitev o najprimernejšem načinu reševanja z ali brez pripomočkov, v primeru iskanja pogrešanih oseb

pa je možno le reševanje ali preiskovanje s pomočjo primerne potapljaške opreme.

Reševanje iz rek in sotesk s poudarkom na izkušnjah GRS Tolmin v zadnjih dveh desetletjih je v odlično dokumentiranem in s številnimi pretresljivimi fotografijami z reševalnih akcij opremljenem predavanju predstavil Miljko Lesjak. Čeprav na področju Tolmina, ki slovi po številnih vodnih virih in privlači vse več adrenalinskih športov željnih domačih in tujih turistov, v povprečju izvedejo vsaj tri reševanja iz vode letno, zaradi nerazumevanja vodstva GRZS še vedno niso opremljeni niti z najosnovnejšo zaščitno opremo in večino običajno dolgotrajnih reševanj iz ledeno mrzlih voda še vedno izvedejo kar v spodnjicah (!).

Možnosti helikopterskega reševanja iz vode je v slikovitem predavanju predstavil Miha Avbelj iz Letalske policijske enote. Praktične izkušnje iz tujine kažejo, da je helikoptersko reševanje, ki je v Sloveniji skoraj nepoznana metoda, lahko uspešen in včasih tudi edini možen način reševanja iz vode. Posebno težavno je reševanje iz hitro tekočih voda, zato zahteva ustrezno opremljenost, znanje in usposobljenost, kakor tudi sodelovanje in koordinacijo z drugimi reševalnimi službami. Glede na širjenje prostočasnih aktivnosti v naravi in povečanje možnosti nenadnih poplav zaradi hudih nalivov oz. neviht, povezanih z globalnimi vremenskimi spremembami, bi kazalo resno razmisliti o razvoju tovrstnega reševanja tudi v Sloveniji. Poudaril je, da je takrat, ko nastopi čas za ukrepanje, čas za priprave že minil.



Praktični prikaz zanke za dvig ponesrečenca iz vode s helikopterjem: Leon Verdnik in Miha Avbelj.

V družabnem delu srečanja je Rafko Vodišek predstavil potopisno predavanje o vzponih na najvišje vrhove celin. Predvideni skupni nedeljski izlet na Okrešelj v spomin na tragično premisljene gorske reševalce med helikoptersko vajo GRZS je zaradi slabega vremena žal odpadel.

Organizacijo strokovnega srečanja so omogočili: Anthron, d.o.o., Auremiana, d.o.o., Interservice, d.o.o., Pharmamed-MA-DO, d.o.o., in Sind, d.o.o.

Posebno zahvalo smo dolžni tudi Nini Fokter, študentki medicine, ki je lektorirala rokopise in v angleščino prevedla povzetke prispevkov, recenzentoma prof. dr. Iztoku Takaču, svetniku,

in prim. doc. dr. Alenki Repše Fokter, kakor tudi Ivu Hansu Avberšku, gorskemu reševalcu letalca, ki je kakovosten zbornik predavanj mojstrsko računalniško oblikoval in pripravil za tisk.

Z zaključkom priprav na letošnje 16. Ažmanove dneve se je KMed GRZS pod uspešnim vodstvom Eve Pogačar, dr. med., iztekel mandat. Čeprav nekateri starejši in izkušeni člani še nikakor ne zapuščamo postojanke častitljivega ugleda in tradicije, pa vendar počasi pripravljamo nahrbtnike. Prepričani smo, da bo mlada generacija smelo zastavila svoje cilje in predano nadaljevala s sicer vse manj cenjenim prostovoljnim reševalnim delom v slovenskih gorah. Srečno!

Duševno zdravje delavcev v spreminjajoči ekonomiji

Tihomir Ratkajec, Alenka Škerjanc, Irena Manfreda

Konferenca v Amsterdamu, ki je potekala od 14. do 17. junija in na kateri se je zbralo 300 udeležencev iz vsega sveta (30 držav z aktivnimi prispevki, med njimi prispevek kolegice Škerjančeve), je bila namenjena pogledu na globalizacijo, recesijo, delo in zdravje.

Globalizacija in zdravje

V vseh državah opazamo **večje obremenitve pri delu, podaljševanje delovnega časa, neustrezno razmerje med vloženim delom in plačilom, porast brezposelnosti, staranje prebivalstva, vpetost dela v zasebno življenje**. Neposredne posledice, ki iz zdravstvenega vidika predstavljajo veliko tveganje, so poleg depresije **porast arterijskega tlaka**, porast debelosti, sladkorne bolezni in kajenja. Nove teorije stresa (Cognitive Activation Theory of Stress) poskušajo razložiti mehanizem delovanja zgoraj omenjenih psihosocialnih dejavnikov na individualnem in organizacijskem nivoju.

Prof. Schnall s kalifornijske univerze je prikazal, da ima moderni kapitalizem tri obraze: globalizacijo, neoliberalizacijo in nenadzorovani razcvet finančnega sektorja. Globalizacija je vplivala na zdravje delavcev, tako da je povečala blaginjo in standard dvignila v skoraj v vseh krajih sveta, paradoksalno pa je poslabšala prehranjevalne navade in povzročila negativne vedenjske vzorce (sedenje, stresne situacije na delu). Povečala je neenakost med ljudmi, razširjenost toksičnih snovi, revščino na nekaterih področjih; postavlja se vprašanje, kaj so človekove vrednote in cilji življenja.

Globalni ekonomski dejavniki, ki so prisotni povsod in so tudi vplivali na zdravje, so liberalizacija, privatizacije, deregulacija (čim manj ovir za aktivnost kapitala), vse manj državne kontrole zlasti na področju trga dela, zmanjševanje socialnih pravic in transferjev.

Nekateri strokovnjaki obravnavajo posledice revščine in bolezni srca in ožilja (BSO) kot dva glavna problema človeštva. BSO se širijo na področje vzhodne Azije z milijardno populacijo. Potreba po dobičku zahteva globalizacijo proizvodnje, tehnološke in organizacijske spremembe delovnih mest, kjer se večja tekmovalnost in kjer delovni čas in delovne pogodbe niso stalni. Zanesljivost delovnega mesta je majhna, delovna mesta se zapirajo in prestrukturirajo, bogastvo se prerazporeja, kar vse poveča intenzivnost in pritiske na delu. BSO, debelost, sladkorna bolezen so postali globalna epidemija in niso naravni rezultat staranja, kakor se je večinoma mislilo, ampak so v tesni povezavi z dogajanjem v družbi zaradi ekonomskih procesov.

Najnovejši od patofizioloških mehanizmov povezave stresa z BSO so: vagalna kontrola in variabilnost srčnega utripa ter genetski vpliv. Obstaja možnost, da je srčno-žilna reaktivnost, in s tem tudi tveganje za povišan krvni tlak v zvezi z delovnim stresom, določena genetsko z distribucijo serotoninskega transporterja (5-HTTLPR polymorphism region).

Zdravje zdravnikov in sester

V sodelovanju z nemško univerzo in prof. Siegristom so pri 1225 osebah, zaposlenih na univerzi na Kitajskem, ugotovili, da stres pri delu, izmerjen z nemškim vprašalnikom (Effort Reward Imbalance), poveča pojav metaboličnega sindroma za 1,4-krat. V devetletni študiji, ki so jo opravili v Ameriki, so ugotovili, da pri delavcih predstavljajo tveganje za debelost intenzivno in hitro opravljanje dela, konflikti, malo časa za vse naložene naloge in velik vložek (zahtevnost dela, angl. demand), medtem ko ima pri ameriških delavcih enak učinek slab nadzor nad delom (angl. control), tj. slaba možnost učenja novih stvari in napredovanja, monotonost, malo vložene kreativnosti, ponašajoče se delo, pomanjkanje svobode pri odločanju o načinu in

vsebin del, slabo razumevanje vodstva za podane predloge glede delovnega procesa. Stres na delu je lahko vzrok za povečano željo po hrani in manjšo telesno dejavnost v prostem času.

Z manjšo možnostjo okrevanja 416 nizozemskih bolnišničnih zdravnikov po delovnih obremenitvah je tveganje za pojav utrujenosti naraslo za 2,1-krat. Utrujenost, ki se kaže kot občutek preobremenjenosti, razdraženosti, socialne izključenosti, pomanjkanja energije in manjših sposobnosti za reševanje problemov, se meri z vprašalnikom. Lestvico možnosti okrevanja sta razvila Valdhoven in Sluite (Nizozemska). Raziskava, opravljena pri 103 zdravnikih medicine dela na Nizozemskem, je pokazala, da so tudi oni ujeti v stres in preveč obremenjeni s svojim poklicem. Velik vložek v delo (v 30 odstotkih) in težnja po nenehni nepristranskosti v konfliktu med podjetjem in delavci (v 25 odstotkih) sta bila glavna psihosocialna dejavnika stresa. Pomembno vlogo je igralo tudi pomanjkanje podpore nadrejenih kolegov.

Medicinske sestre, zaposlene v javnem sektorju, so poročale o slabšem zdravju, večji anksioznosti, depresivnosti kot tiste, zaposlene v zasebnem sektorju na Švedskem.



Bojan Lovše, Irena Manfredo, Zora Vadnjak Gruden, Tiho-mir Ratkajec (od leve proti desni).

Zdravje, zgodnje upokojevanje in povratek na delo po bolniški odsotnosti

Kako ohraniti zdravje v pozno starost in ob podaljšanem delovnem času, je prikazal prof. Burdorf (Erasmus MC Rotterdam). Pričakovana starost in leta zdravja v starosti se podaljšujejo, vendar le pri bolj in visoko izobraženih delavcih. Izobrazba prinese od 6 do 7 let v pričakovani starosti in od 9 do 16 let v pričakovanih zdravih letih. Fizični in slabo izobraženi delavci poročajo o večjih zdravstvenih težavah in o slabšem zdravju v starosti med 40. in 60. letom. Slab nadzor nad delom in psihosocialni dejavniki vplivajo ali »potiskajo« delavce v zgodnje upokojevanje. Za zgodnje upokojevanje so pomembni tudi ženski spol, slab občutek zdravja, nezadovoljstvo z delom, prisiljeni delovni položaji vratu in križa, depresija.

O povratku na delo po bolniški odsotnosti je bilo nekaj zanimivih raziskav.

- Pri depresiji postopno vključevanje na delo s skrajšanim delovnim časom ni pokazalo nobenega pozitivnega učinka v primerjavi s čimprejšnjim polnim povratkom na delo.
- Bolniki z rakom se vrnejo na delo v 62 do 82 odstotkih. Vrnitev je odvisna od načina zdravljenja in posledic le-tega – največ se jih vrne na delo, če je bilo zdravljenje le kirurško, nekoliko manj, če je bila dodana še radioterapija, najmanj pa po kemoterapevtskem zdravljenju, ki pušča kot trajno posledico utrujenost.
- Po ledvični transplantaciji se vrne na delo 67 odstotkov bolnikov – 55 odstotkov s skrajšanim delovnim časom in 45 odstotkov s polnim delovnim časom. 38 odstotkom ledvičnih transplantirancev predhodno oceno »invalidske komisije« vzamejo, pri 31 odstotkih ostane enaka, 19 odstotkom se zmožnost za delo poveča glede na predhodno oceno, pri 12 odstotkih pa dodatno zmanjša.
- Po dilatacijah zaradi koronarne insuficience se v enem letu lahko polno vrne na delo 80 odstotkov bolnikov.

Prispevek kolegice Alenke Škerjanc na konferenci je govoril o tem, kako se je pri nas s pojavom recesije ob koncu leta 2008 značilno zmanjševal delež zaposlenih in presenetljivo še vedno pada tudi delež celotnega bolniškega dopusta.

Delo v turnusu in zdravje

Ob večjih obremenitvah in podaljševanju delovnega časa oziroma turnusnem delu je pomemben čas, ki omogoči okrevanje. Zgolj dnevni počitek ne zadošča. Zanimiva je bila študija, ki je pokazala, da turnusi z do štirimi različnimi ciklusi moteče vplivajo na družinsko življenje, pet in več različnih razporedov delovnega časa pa ne moti več. Turnusi so moteči pri polnem delovnem času, pri skrajšanem delovnem času ne. Ljudje se vedno pogosteje utemeljeno sprašujejo: »Ali je delo dobro za moje zdravje in dobro počutje ali ne?« in na Nizozemskem kar 75 odstotkov vseh zaposlenih žensk, ne glede na stopnjo izobrazbe, dela s skrajšanim delovnim časom, da lahko uravnotežijo tudi svoje zasebno življenje.

Ali so ukrepi za izboljšanje duševnega zdravja delavcev uspešni?

Navajam nekaj pomembnih ukrepov.

Delavce s kroničnimi boleznimi so uvrstili v opazovano ($n = 64$) in kontrolno skupino ($n = 58$). Preko vprašalnikov, ki so jih delavci izpolnjevali ob vstopu v sistem in po 4, 8, 12 in 24 mesecih za štiri področja (učinkovitost na delu, utrujenost, zadovoljstvo, ohranitev delovnega mesta), so raziskovali učinek dela na izboljšanje zdravja. V opazovani skupini je po enem letu statistično pomembno narasel občutek učinkovitosti na delu, manjša je bila utrujenost, večje zadovoljstvo, vendar ne statistično pomembno. Le nekaj ljudi v obeh skupinah je izgubilo delo. Program dela s skupino, ki nam sicer ni bil predstavljen, je bil visoko ocenjen.

Glavni cilj psihologije dela je izboljšati delovne pogoje zaposlenih in pomagati pri ustvarjanju zdravih delovnih mest. Prof. Kristensen je vodil pet projektov na Danskem. Logika raziskovalnega dela: ocena stanja – ukrep – meritve učinka ukrepa po enem do dveh letih. Rezultati so bili »slabi«, brez sistematične spremembe na boljše, kljub naporom podjetij, svetovalcev in raziskovalcev. Ni jasne povezave med vrsto in trajanjem ukrepa ter učinkom. Glavni razlog je slabo poznavanje delovnih mest in silnic, ki delujejo v širšem realnem življenju. Psihosocialni modeli se v resnični situaciji ne obnesejo. Delovna mesta v osnovi niso baza za raziskovalne ukrepe, ampak je njihov namen povečanje produktivnosti, kakovosti in dobička. Psihosocialni ukrepi morajo vsebovati meritve produktivnosti, biti morajo realistični in ekonomsko opravičljivi.

Trpinčenje na delovnem mestu (s tujko mobbing) v Severni Ameriki je v porastu (avtorica poročila je Kanadčanka), tudi zdravstvo ni izjema. V Ontariu so nedavno sprejeli prvo zakonodajo s tega področja. V raziskavi so ugotavljali učinke ukrepov na izboljšanje odnosov na določenih oddelkih bolnišnic.

Raziskava je »kvazi«, ker je vodstvo bolnišnice samo določilo oddelke, kjer so uvedli ukrepe, raziskovalci so naknadno določali kontrolne skupine. Rezultati so dvojni. Ni statistično pomembnih razlik, so pa zametki pozitivnih sprememb. Ameriški delodajalci so sprejeli različne programe in prakse za izboljšanje zdravja in počutja delavcev. Veliko ukrepov je v sklopu klasičnih akcij promocije zdravja. Vse več je dokazov, da je potrebno razširiti promocijo zdravja s poznavanjem delovnega okolja in nezdravih vedenj, ki nastanejo kot reakcija na nezdravo delovno okolje.

Učinkovitosti ukrepov na delovnih mestih ne moremo ocenjevati samo na podlagi izhodnih meritev. Upoštevati je treba procesno naravo ukrepa in kontekst! Opazovali so sedem skupin, pri katerih je bil uveden ukrep ($n = 128$), in sedem nerandomiziranih kontrolnih skupin ($n = 103$) velike bolnišnice na Danskem. Ukrep je obsegal pogovorne dneve za vse osebje, delovne skupine za zaposlene, delo z vodilnimi, učenje za izboljšanje komunikacije in sodelovanja. Meritve so izvedli z vprašalniki pred in 16 mesecev po uvedbi ukrepa. Rezultati: porazni. V opazovanih skupinah se je poslabšalo stanje v šestih od 13 merjenih značilnosti. Najslabši rezultati so bili na področju medosebnih odnosov in vodenja. Vzrok je verjetno v prevelikem pričakovanju izboljšanja in posledičnem razočaranju zaposlenih nad učinkom.

Zaključki

Globalizacija v ekonomiji vpliva na zdravje delavcev, njihovo vedenje in prehranjevalne navade, na pojav debelosti in sladkorne bolezni. Zdravje zdravstvenega osebja mora postati interes raziskovanja v Sloveniji. Izobrazba je pomemben vzvod v preprečevanju zgodnje upokojitve in podaljšanja zdravja. Zdravniki medicine dela smo pripravljene sodelovati v izvajanju ukrepov za izboljšanje duševnega zdravja delavcev v podjetjih.

Evropska onkološka šola o pljučnem raku in mezoteliomu

Nina Turnšek

Evropska onkološka šola (European School of Oncology – ESO) in Univerzitetna klinika Golnik sta 17. in 18. junija 2010 na Golniku organizirala prvo šolo na temo pljučnega raka in mezotelioma v naši regiji. Sodelovalo je 16 mednarodno priznanih predavateljev, od tega 10 domačih in šest tujih iz različnih koncev Evrope, ter 41 udeležencev iz Slovenije, Italije, Hrvaške in Bosne in Hercegovine. Seminar je bil v prvi vrsti namenjen mladim zdravnikom in specializantom različnih področij medicine, ki se pri svojem delu srečujejo z bolniki z rakom pljuč, ter strokovnjakom drugih ved, ki se ukvarjajo z onkologijo.

Dvodnevni program je zajel celostno obravnavo bolnikov s pljučnim rakom in mezoteliomom, od epidemiologije,

invazivnih diagnostičnih postopkov, slikovnih preiskav za opredelitev stadija bolezni, histološke in molekularno onkološke diagnostike, različnih možnosti zdravljenja, vse do izjemno pomembnega uravnavanja spremljajočih simptomov ter paliativne obravnave takih bolnikov. Tečaju sta predsedovala prof. dr. Tanja Čufer iz Univerzitetne klinike Golnik in dr. Giovanni Luca Ceresoli iz Inštituta v Bergamu v Italiji.

Poleg tega, da so bila predavanja zelo kakovostno pripravljena, zanimiva, poučna, je posebno visoko vrednost dogodka dala prisotnost mednarodno priznanih predavateljev, kot je na primer prof. dr. Peter Postmus iz Nizozemske. Po vsakem predavanju je bilo ravno prav časa za živahno in konstruktivno razpravo. Kljub odličnosti vsakega predavatelja posebej, je



skoraj neizogibno izpostaviti predavanje dr. Vanesse Gregorc iz Italije, ki je na zares odličen način predstavila razvoj in pomen

personificiranega pristopa k zdravljenju bolnikov s pljučnim rakom. Področje molekularne biologije ter odkrivanje novih tarč na rakavih celicah, s tem pa kar se da usmerjeno zdravljenje, je tisto, kar nam mladim začetnikom v svetu onkologije daje zanos in pogum pri delu v upanju na izboljšanje preživetja bolnikov s pljučnim rakom.

Največjo vrednost je tako po mnenju strokovnjakov kot tudi po mnenju mladih udeležencev pripisati kliničnim primerom, ki so jih predstavile specializantke internistične onkologije, radioterapije z onkologijo ter pulmologije. Vseh pet kliničnih primerov je bilo odlično predstavljenih, najbolj zanimiva pa je bila izredno interaktivna, konstruktivna, predvsem pa dobro strokovno podkrepjena razprava o predstavljenih primerih. Tako smo izpostavili problem točne postavitve stadija pri bolnikih z nedrobnoceličnim rakom, pomembnost pravilne izbire bolnikov z nedrobnoceličnim rakom za uvedbo tarčnega zdravljenja z inhibitorji tirozin kinaz ter pravočasnega in pravilnega ukrepanja v primeru lajšanja najpogostejših simptomov, kot sta bolečina in dispneja. Takšni prikazi primerov s poglobljeno razpravo o vsakem posameznem primeru so tisto, s čimer mladi specializanti pridobimo največ kakovostnega znanja.

Organizacija dogodka je bila na visokem nivoju, tako domači kot tudi tuji udeleženci so bili izjemno zadovoljni s potekom in izvedbo tečaja ter z učnim gradivom, ki je bilo tokrat v obliki zgoščenke. Gala večerja v prijetnem vzdušju na blejskem gradu je bila edinstvena priložnost za pristno druženje ter spoznavanje kolegov iz vseh koncev Evrope. Dogodek je nedvomno dal velik pečat Univerzitetni kliniki Golnik, izjemna uspešnost, odlična ocena ter kakovost predavateljev pa so zadosten motiv za ponovitev le-tega čez leta. Seznanjanje s številnimi novimi spoznanji, katerim smo trenutno priča na področju personificiranih pristopov k diagnostiki in zdravljenju raka pljuč, ter izmenjava izkušenj med strokovnjaki različnih strok preko tečajev, kot je bil naš, nedvomno predstavljata pot do uspeha pri zdravljenju pljučnega raka in mezotelioma v prihodnosti.

Bled gostil 31. kongres Evropskega združenja za mikobakteriologijo

Mitja Košnik

Sloveniji je letos pripadla prijetna obveznost, da organizira letno srečanje strokovnjakov z vsega sveta, ki se ukvarjajo z mikobakterijami. Kongresa, ki je potekal od 4. do 7. julija, se je udeležilo 240 strokovnjakov iz vseh evropskih držav in tudi iz različnih držav sveta, kot so na primer ZDA, Japonska, Bangladeš, Iran, Argentina.

Čeprav je Evropsko združenje za mikobakteriologijo (ESM) predvsem združenje strokovnjakov laboratorijske medicine, so lokalni organizatorji – Univerzitetna klinika Golnik in Veterinarska fakulteta – kongresu dodali močan klinični pečat.

Slovenija je namreč v svetovnem merilu zgodba o uspehu pri obvladovanju epidemije tuberkuloze, hkrati pa je izkoreninila tuberkulozo pri govedu.

Po otvoritvenih pozdravih organizatorjev in prim. Janeza Remškarja kot predstavnika Ministrstva za zdravje je Veronique Vincent v imenu Svetovne zdravstvene organizacije pokazala epidemiološke podatke o tuberkulozi v svetu, ki nas navdajajo s strahospoštovanjem, kajti število okužb s sevi, odpornimi proti zdravilom, se vztrajno povečuje, teh bolnikov pa je čedalje več že tudi v Evropski uniji. Petra Svetina Šorli, ki vodi slovenski

nacionalni program za tuberkulozo, je predstavila izjemne uspehe tega programa. V razpravi so tuji strokovnjaki prepoznali odličen in učinkovit slovenski pristop, ki je vse tri elemente nacionalnega programa (bolnišnično obravnavo, laboratorij in register) prepustil eni sami ustanovi.

Wiel de Lange, ki je nizozemski nacionalni strokovnjak za tuberkulozo, je predstavil izzive razvite evropske države, v katero zelo radi pribežijo ekonomski in politični imigranti, tudi iz držav z veliko pogostostjo odporne tuberkuloze. Pokazal je, da je treba demokracijo in človekove pravice upoštevati tudi tako, da se zaščitijo domače prebivalce. Poleg doslednega sistema zdravniškega pregleda beguncev imajo vzpostavljen tudi učinkovit sistem obvezne izolacija in v skrajni sili tudi prisilnega zdravljenja bolnikov s tuberkulozo. Dr. de Lange je obiskal tudi Bolnišnico Golnik, ker se je želel prepričati, kakšni so pogoji za obravnavo tuberkuloze v Sloveniji.

O sodelovanju med kliničnimi zdravniki in diagnostičnim laboratorijem je bila organizirana okrogla miza. Največ govora je bilo o tem, kako pospešiti diagnostiko tuberkuloze, ki jo povzročajo proti zdravilom odporni bacili tuberkuloze. Na voljo so namreč molekularno-biološki testi, s katerimi lahko odpornost proti nekaterim zdravilom ugotovimo že z neposrednim pregledom kužnine. Takšni testi so na voljo tudi v Laboratoriju za mikobakterije Klinike Golnik za primere suma na tuberkulozo, ki je odporna proti zdravilom. Ker je takšnih bolnikov v Sloveniji zaenkrat še malo, teste uporabljamo predvsem v študijske namene.

Tim Bull je predstavil najnovejše poglede o morebitni povezavi med mikobakterijo *M. paratuberculosis* in Crohnovo boleznijo. Pogovarjali smo se tudi o varnostnih standardih v laboratorijih za tuberkulozo. Zaradi velike verjetnosti okužbe pri delu in

širjenja proti zdravilom odpornih sevov je v laboratorijih poleg osebnih zaščitnih sredstev potrebno zagotoviti tudi tehnološke rešitve, na primer podtlak in veliko izmenjavo zraka. Jean-Pierre Zellweger je predstavil trenutno stališče do uporabe *in vitro* testov za diagnostiko latentne tuberkuloze. Test ima zelo ozko klinično uporabo in ni primeren za rutinsko diagnostiko aktivne tuberkuloze.

Med slovenskimi prispevki je Urška Bidovec Stojković pokazala primerjavo treh različnih metod genotipizacije bacilov tuberkuloze. Tomaž Hafner je predstavil učinkovitost aktivnega iskanja tuberkuloze med kontakti bolnikov s tuberkulozo. Poleg precej pogoste latentne okužbe se pri skoraj 1 odstotku pregledanih najde aktivna oblika bolezni. Sanja Grm je opozorila na bezgavčno tuberkulozo in na to, da se pri punkcijah ali biopsijah povečanih vratnih bezgavk preredko odloči poslati vzorec na diagnostiko tuberkuloze.

Na koncu so kolegi iz Anglije predstavili raziskavo, s katero so ugotovili, da bolnik z uporabo vuvuzele razširi skoraj tisočkrat več kužnega aerosola, kot bi ga samo s kašljem. Klinično sporočilo naj bo, da bomo v prihodnjih nekaj letih v anamnezi vsakega bolnika z nekajtedenskim kašljem vprašali, ali se je morda udeležil nogometnega prvenstva v Južni Afriki. V tej državi je namreč pogostost tuberkuloze med največjimi na svetu.

Za izvrstno organizacijo in pohvale udeležencev sta najbolj zaslužna dr. Matjaž Ocepek, dr. vet. med., vodja Laboratorija za molekularno bakteriologijo Veterinarske fakultete Univerze v Ljubljani, in dr. Manca Žolnir Dovč, univ. dipl. biol., vodja Laboratorija za mikobakterije Univerzitetne klinike Golnik.



Udeleženci kongresa pred obiskom Postojnske jame.



Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Vrazov trg 2, razpisuje v zimskem semestru šol. leta 2010/2011 naslednje podiplomske tečaje:

- 1) **Bolnišnična higiena**
- 2) **Družinska dinamika I**
- 3) **Otroška nevrologija**

Ad 1) Na enosemestrski podiplomski tečaj »**Bolnišnična higiena**« (tečaj iz obvladovanja okužb in bolnišnične higiene za zdravnike, zaposlene v bolnišnicah, in specializante infektologije in mikrobiologije) se lahko prijavijo kandidati s končano medicinsko fakulteto. Na tečaj bo sprejetih do 20 slušateljev. Kotizacija za semester bo predvidoma 1.500 EUR (z DDV). Pričetek tečaja bo prvi teden v februarju 2011. Več informacij: mihaela.oberdank-hrastar@mf.uni-lj.si

Ad 2) Dvosemestrski podiplomski tečaj »**Družinska dinamika**« je namenjen zdravnikom, psihologom, socialnim delavcem ter tudi diplomantom na kateri od humanističnih smeri univerzitetnega študija, ki delajo z ljudmi. Sprejetih bo od 20 do 30 slušateljev. Kotizacija znaša predvidoma 2.000 EUR + DDV. Pričetek tečaja bo v oktobru 2010. Več informacij: kat.psih@mf.uni-lj.si.

Ad 3) Dvosemestrski podiplomski tečaj »**Otroška nevrologija**« je namenjen zdravnikom pediatrom, ki delajo v razvojnih ambulantah, ter tudi drugim zdravstvenim delavcem, ki bi jim dodatna znanja iz otroške nevrologije koristila pri vsakdanjem strokovnem delu. Sprejetih bo od 10 do 20 slušateljev. Kotizacija znaša 2.200 EUR za semester. Več informacij: david.neubauer@mf.uni-lj.si.

Prijave sprejema tajništvo Medicinske fakultete, Vrazov trg 2, Ljubljana, do 31. avgusta 2010, za bolnišnično higieno do 30. septembra 2010. Prijavi oziroma prošnji priložite: **življenjepis, fotokopijo diplome, potrdilo o opravljenem strokovnem izpitu oz. specializaciji, izjavo ustanove ali kandidata o plačilu šolnine**. Vsi kandidati bodo pravočasno obveščeni o kraju in začetku tečaja.

Vprašalnik o nosečnicah in pandemski gripi

- Pademska gripa je letos zamajala učinkovitost zdravstvenega sistema. Ena izmed ogroženih skupin so bile tudi nosečnice, o okužbah pa ni voden centralni register. Zato želi specializantka ginekologije in porodništva Katarina Galič Jerman, dr. med., zbrati omenjene podatke. V ta namen je pripravila poseben vprašalnik in za sodelovanje pri njegovem izpolnjevanju prosi članice in člane Zdravniške zbornice Slovenije.

• Vprašalnik je dosegljiv na intranetnih straneh zbornice:

• <https://INTRA.zdravniskazbornica.si/intra/zs/587/1662/vprasanik-o-nosecnicah-in-pandemski-gripi>



ZDRUŽENJE KIRURGOV SLOVENIJE

5. KONGRES SLOVENSKEGA ZDRUŽENJA KIRURGOV Z MEDNARODNIM SODELOVANJEM

Kranjska Gora
25 - 27 november 2010



Spoštovana kolegica, spoštovani kolega!

Z zadovoljstvom vas vabim na 5. kongres Slovenskega združenja kirurgov z mednarodnim sodelovanjem, ki bo od 25. do 27. novembra 2010 v Kranjski Gori. Na kongresu se bomo ponovno srečali kirurgi različnih starosti in različnih kirurških usmeritev, različnih izkušenj in različnih pogledov. Družilo nas bo skupno stremeljenje v prihodnost.

Kongres so bo začel v posebnem ozračju. Pričeli bomo s prihodnostjo. Vprašanje, kako v času na dokazih temelječe kirurgije izobraževati mlade kirurge, še nima soglasnega odgovora tudi v širšem evropskem prostoru. Na kongresu želimo predstaviti spremenjen in usklajen model kirurških specializacij, zato so vabljeni tako specializanti in študentje zadnjih letnikov, posebno tisti, ki vidijo svojo poklicno pot v kirurgiji, kot njihovi mentorji in starejši kolegi.

Rdeča nit strokovnega dela kongresa bodo urgentna stanja v kirurgiji. Letos jih ne bomo osvetlili le s strokovnimi stališči, smernicami in novostmi, ampak bi temo radi osvetlili tudi z organizacijskega vidika. Verjamem, da bomo lahko v tem delu vsi prispevali izkušnje in dobre rešitve, ki so vredne posnemanja.

Nadaljevali bomo v strokovnih temah po posameznih združenjih in sekcijah. Vsa strokovna združenja so vabljeni, da pripravijo prispevke s strokovno tematiko, ki bo razširila zanimanje za posamezno stroko tudi širše. Rezerviran je čas za predstavitev mladih kolegov, specializantov in specialistov ter čas, ko se bodo specializanti in mentorji srečali za okroglo mizo. Nedvomno dogodki, kjer je treba sodelovati!

Predsednik kongresnega odbora

Miran Rems

Združenje kirurgov Slovenije združuje naslednje sekcije in društva

- Društvo digestivnih kirurgov
- Društvo travmatologov Slovenije
- Herniološka sekcija
- Sekcija kirurgov otroške kirurgije
- Sekcija torakalnih kirurgov
- Sekcija za kirurgijo roke
- Sekcija za medicino jeter, žolčnega sistema in trebušne slinavke
- Sekcija za onkološko kirurgijo
- Sekcija za torakalno onkologijo
- Slovensko združenje za artroskopsko kirurgijo in poškodbe v športu
- Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo
- Združenje za endoskopsko kirurgijo
- Združenje za plastično kirurgijo

Prvi študenti popolne Medicinske fakultete v Ljubljani ob 65-letnici vpisa

Dalja Sever Jurca

Ob 65-letnici vpisa prve povojne generacije medicincev, ki je začela študirati na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani leta 1945, ugotavljamo, da je vsako višjo in pomembnejšo obletnico vpisa redno spremljalo uradno proslavljanje jubilejev, do letošnjega, ko z obsežno in pomembno slovesnostjo proslavlja mo 65. obletnico. Ob teh jubilejih smo se vsakokrat razpisali tudi o našem delu. Leta 1995 so v posebni številki (prilogi) Zdravstvenega vestnika izšli življenjepisi večine generacije medicincev 45, kjer smo sami opisali svojo poklicno pot. V tej prilogi in še trikrat ob jubilejih smo poleg svojega poklicnega delovanja prikazali tudi ljubiteljske dejavnosti, s katerimi smo se ukvarjali v prostem času.

Leta 1995 smo ustanovili tudi Združenje »Medicinci 45« pri Slovenskem zdravniškem društvu, ki se ukvarja z našo strokovno, pa tudi izvenstrokovno dejavnostjo.

Kako začeti z mislimi na prve vtise z našega šolanja na Medicinski fakulteti? Bili smo mladi, odkrivali smo šele okolje, v katerem smo nameravali delovati in – gledano nazaj – je bilo res, z nami vred, še dokaj nerazvito, čeprav so medicina in druge stroke doživele že med vojno nesluten razvoj. Vendar je svet, v katerem živimo danes, tehnološko tako razvit, da se v njem mi, prejšnja generacija, včasih le stežka znajdemo.

V mnogo čem smo se razlikovali in se še razlikujemo od medicincev prejšnjih generacij, še zlasti pa od generacij, ki so prišle za

nami. Prejšnje so morale po dveh letih študija v Ljubljani oditi drugam, kjer je bila medicinska fakulteta popolna, in študirati naprej v drugem jeziku. Generacije pa, ki so nam sledile, niso imele tako pionirskega dela kot generacija letnika 45, ki je morala orati ledino skoraj na vseh področjih študija in kasneje delovanja.

Na popolno Medicinsko fakulteto smo prišli z vseh strani. Vstopali smo v za nas nepoznan svet. Šele kasneje smo se začeli zavedati, da je bil nov tudi za tiste, ki so nas začeli učiti – za profesorje na novi Medicinski fakulteti. Tako smo vsi orali ledino. Vendar smo se vsi tudi hitro ujeli, lahko bi rekli »eundo«. V nekaj letih je bila Medicinska fakulteta naše »stara in zanesljivo« zatočišče, čeprav niti na začetku nismo občutili kakega manka. To je bila nedvomno zasluga prvih dveh letnikov, ki jih je imela ljubljanska Medicinska fakulteta že od leta 1919.

Od vseh vpisanih v letu 1945 nas je bilo morda še najmanj neposrednih maturantov, ki smo »sveži« prišli iz gimnazije, več je bilo tistih, ki so končali gimnazijo v letih med vojno in so – nekateri celo po štirih ali več letih – začeli s študijem medicine na popolni Medicinski fakulteti, ki jo je italijanski okupator zaprl leta 1943. Pravkaršnji gimnazijci smo bili pravi »greenhorni« proti starejšim kolegom, ki so za seboj že imeli vsakovrstne življenjske izkušnje, mnogo se jih je udeležilo vojne, ki je divjala pri nas štiri leta in ni nikomur prizanesla. Razlike v letih so bile med nami velike in so vedno pomenile tudi drugačno odzivanje na izzive, ki smo jih



Proslava ob 65-letnici vpisa prvih študentov na popolno Medicinsko fakulteto leta 1945.

doživljali med študijem. Vsaj sprva. V teku let pa so se te razlike zmanjšale in v ospredje so stopile kvalitete, ki so se pokazale kot pravi odnos do študija, veselje do odkrivanja novih znanj, sposobnosti, ki naj bi jih imel dober zdravnik. Sami pri sebi smo začeli odkrivati lasten odnos do bolnika, svojo sposobnost empatije, svojo pripravljenost za žrtve in odpovedi, ki jih zdravnik pri svojem delu nujno sreča.

Ko gledamo nazaj, vidimo, da se zelo težko »otresemo« dela, ki nas je zaznamovalo. Na en ali drugi način smo z našim poklicem še vedno povezani. Kar zabolj nas, ko moramo včasih kot poklic navesti »upokojenec«, čeprav vemo, da bomo v duši ostali do konca svojih dni zdravniki. Vse pojave okoli sebe in v sebi namreč gledamo in ocenjujemo z očmi zdravnika, ki ima pridobljeno in neločljivo združeno znanje o anatomiji, patologiji, fiziologiji in psihologiji posameznika in skupin.

Kdaj je čas?

Dalja Sever Jurca

Ko se obrabijo organi
in niti eden ni več fit,
Je treba it!

Ko se nam vračajo spomini,
ne vemo z njimi kod ne kam,
je treba it drugam!

Ko več ne veš, kaj bi čez dan počel,
in nič ne more te razveselit,
je treba pač odit!

In to je vsa resnica, ne čaka te kopica
več stvari za postorit,
je treba pač odit!

In ta odpoved vseh organov
to pač znak je za odhod
oh, treba bo na pot!

Naša generacija je sedaj na odhajanju, saj je vsak od nas že presegel 82 let. Ko bi kot starejši kolegi skušali dati napotke našim naslednikom, bi radi poudarili, da naj cenijo in upoštevajo možnosti za odličan študij, ki jih imajo danes, in da naj predvsem prisluhnejo samim sebi in ugotovijo, ali imajo zadosti empatije, da bodo obravnavali bolnika kot svojsko osebnost in ne samo kot zanimiv primer. S potrpežljivostjo in zanimanjem prisluhniti bolnikovim težavam je največ, kar lahko dober zdravnik nudi pomoči potrebnim. Tako to v svoji stiski občuti tudi bolnik. In take zdravnike si želimo vsi od zdravstvenih služb do posameznikov.

Prepričani smo, da bodo generacije, ki prihajajo za nami, kljub spremenjenim razmeram, upoštevale reklo »Vse v dobro bolnika« – »Salus aegroti suprema lex« in da si bodo zdravniki želeli biti »Najsrečnejši, če bi lahko pozdravili vse bolezni« – »Medici, si omnibus morbis mederi possent, felicissimi essent«.

Uvodne besede ob 65-letnici vpisa prvih študentov na popolno Medicinsko fakulteto v Ljubljani

Spoštovani gostje, drage kolegice in kolegi!

Mineva 65 let, odkar je poleg drugih pridobitev NOB-ja dobila Slovenija tudi popolno Medicinsko fakulteto. Takrat sta se v prvi letnik popolne Medicinske fakultete vpisala 302 študenta, 165 moških in 137 žensk.

Prišli smo z vseh vetrov, eni – najmlajši – neposredno iz gimnazije, stari komaj osemnajst let, drugi so čakali na vpis nekaj let, saj je italijanski okupator leta 1943 univerzo zaprl, tretji pa so sodelovali v vojni vihri ali bili internirani ter so imeli ob vpisu že krepko čez 25 let. Bili smo torej zelo pester letnik. Nekaj se jih je pozneje prepisalo na druge fakultete ali pa so prenehali s študijem iz različnih razlogov, tako da nas je leta 1950 absolviralo študij medicine 206 kandidatov, 123 moških in 83 žensk.

S hvaležnostjo se spominjamo naših prvih profesorjev, naj omenim izmed njih le nekatere: prof. Cunder in prof. Kobetova za anatomijo, prof. Štucin za kemijo, prof. Seliskar za fiziologijo, prof. Košir za histologijo, prof. Hribar za patologijo, prof. Zupančič za patofiziologijo, prof. Valentinčičeva za mikrobiologijo, prof. Lenčič za farmakologijo, prof. Bedjanič za infekcijske bolezni, prof. Lavrič in prof. Guzelj za kirurgijo, prof. Tavčar in prof. Merčun za interno medicino, prof. Breclj za ortopedijo, prof. Marinčič za nevrologijo, prof. Kanoni za psihiatrijo, prof. Lunaček in prof. Lavrič za porodništvo

in ginekologijo, prof. Rant za stomatologijo, prof. Bonač za higieno in prof. Milčinski za sodno medicino.

Po končanem študiju smo zasedli različna delovna mesta, od specialistov na klinikah in inštitutih ter dispanzerjih do zdravnikov v zdravstvenih domovih in ambulantah. 34 medicincev letnika 45 je pridobilo tudi doktorat znanosti in akademski naslov ter so nadaljevali pedagoško delo svojih učiteljev, nekateri pa so se uspešno uveljavljali v raziskovalnem delu. Ponosni smo, da smo prispevali h graditvi novega zdravstvenega sistema in vedno požrtvovalno delovali v prid bolnikom.

Čutili smo, da so potrebna večkratna srečanja, zato smo se dobivali vsaj dvakrat letno in izmenjevali svoje strokovne izkušnje. Leta 1995 smo končno ustanovili Združenje »Medicinci 45« pri Slovenskem zdravniškem društvu. Danes smo seveda že vsi upokojeni in stari nad 82 let. Od 206 absolventov, kolikor nas je končalo študij, nas je danes v Združenju Medicinci 45 živih še 80. Vsako leto nas je manj, saj se je samo v zadnjem letu poslovilo od nas sedem kolegov.

Spoštovani, predlagam, da počastimo pokojne kolegice in kolege in naše profesorje s trenutki tišine. Hvala!

Prof. dr. Marijan Jurca, dr. med., tajnik Združenja »Medicinci 45«

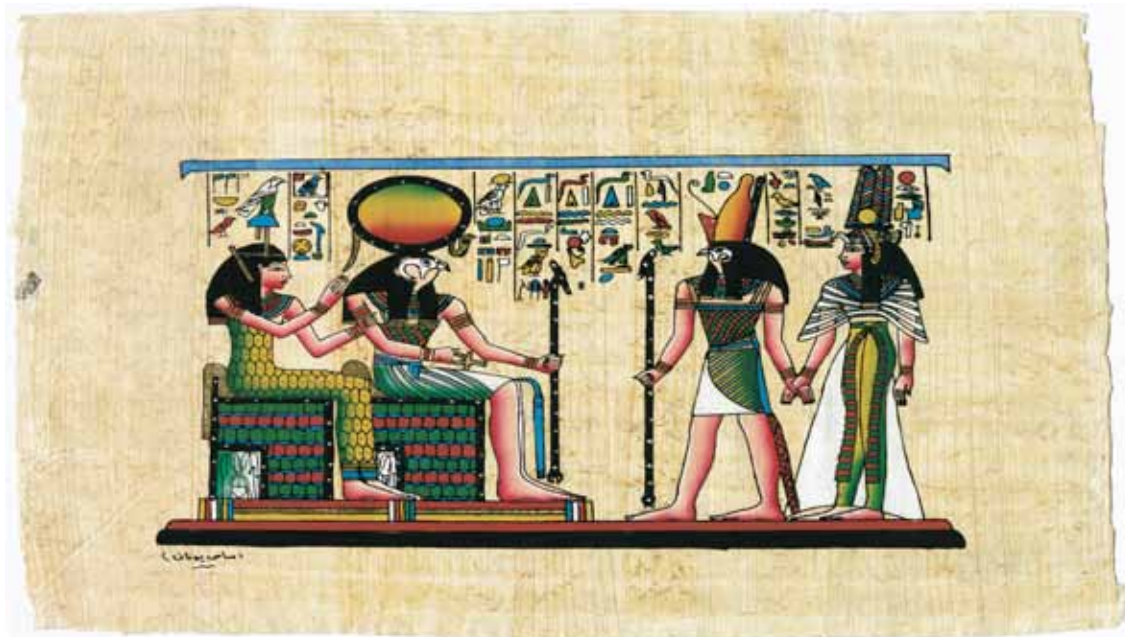
Vladimir Sanič, dr. dent. med.

Vesna Džubur

Vladimir Sanič, dr. dent. med., nas je zapustil nekako mirno, tiho in dostojanstveno, tako kot je živel in se obnašal v življenju. Tega majskega dne je močno deževalo. Na njegovo zadnjo pot so ga pospremili njegova družina – soproga, hči in sin – svojci, prijatelji, kolegi, delavci ZD Ivančna Gorica. Pospremili so ga v solzah, s cvetjem in s svečami. Tega dne je tudi nebo jokalo. Nisem bila navzoča, ker sem se spopadala s svojimi težavami, zato ga prosim, naj mi oprostí. V spominu nam bo ostal kot doktor širokega srca, vdan svoji družini, ki jo je cenil in skrbno varoval. Svoje poslanstvo je opravljal zvesto, vdano, z veliko mero discipline in profesionalnosti. Kot kolega je bil pripravljen dajati jasne nasvete in pomagati ljudem po svojih najboljših močeh. Nasveti in pomoč se niso dotikali le stroke, ampak najrazličnejših življenjskih problemov. Bil je pacifist in smo tudi zato spoštovali njegovo mnenje.

Vladimir Sanič je bil rojen leta 1952 v Brčkem v Bosni in Hercegovini. Osnovno šolo in gimnazijo je končal v rojstnem mestu, univerzitetni študij medicine, smer stomatologija, pa v Beogradu leta 1978. Kot doktor dentalne medicine je najprej delal v Beogradu v vojni bolnišnici. V osemdesetih letih prejšnjega stoletja je bil skupaj z družino premeščen v Ljubljano. V Vojaški bolnici Mladika je delal do začetka septembra 1991, ko je na lastno željo prekinil službo v JLA. Med tem časom je v Ljubljani končal podiplomski študij, smer otroško in preventivno zobozdravstvo. Od leta 1993 je bil zaposlen v ZD Ivančna Gorica.

Odšel je in ploščica z vrat njegove ordinacije je umaknjena za vedno. Ostali so pacienti, hvaležni za njegovo zdravniško poslanstvo. Njegova družina zdaj preživlja težke in žalostne trenutke. Imejte moči in ljubite življenje, tako kot ga je on ljubil.



Andrej Šubic, Boris Pintar: Šarucova sliva, monodrama

Dramatizacija novele Ivana Tavčarja Šarevčeva sliva

Pred kratkim sta KUD Ivana Tavčarja iz Poljan in založba Modrijan izdala drobno knjižico z letom izdaje 2010, kjer je poleg originalnega teksta Tavčarjeve novele Šarevčeva sliva in delnega avtobiografskega zapisa Andreja Šubica objavljeno tudi besedilo monodrame Šarucova sliva, napisano v zapisu, kot je bilo uporabljeno pri uprizoritvi monodrame leta 1983. »Kot otrok se veselim izida knjižice,« je pričakovano delo Andrej Šubic napovedal v svojem intervjuju v aprilski številki revije Isis.

Andrej Šubic se je lotil dramatizacije novele, prijatelj Boris Pintar pa je s svojo pisateljsko žilico dodal besedila, ki so dopolnila osnovno zgodbo. Knjižico bogatijo sodobno oblikovane, a vendar preproste in prisrčno povedne ilustracije Maje Šubic.

Andrej Šubic je besedilo novele »prevedel« v poljansko narečje, kar mu je bilo po njegovih besedah lahko delo. To mu je mogoče verjeti, saj se je v najbolj dovtetnih mladih letih šolal v krajih ob Poljanski Sori – v Poljanah, Gorenji vasi in nato v Škofji Loki. Tako je lahko ves čas v domačem okolju »ostal na preži za zanimivimi zgodbami, lepimi stavki in mojstri poljanskega narečja. Oči in ušesa so bila napeta...«, kot je zapisal v avtobiografskem zapisu.

V njem tudi razloži vzroke za svojo ljubezen do Poljanske doline, ki sta mu jo vcepila tako mama kot ata, mama kljub »življenju na robu revščine kot navdušena častilka slovenske literature«, ata pa kot »šuštar, ki je poznal življenjske zgodbe sokrajanov in je bral življenjske zgodbe ljudi iz njihovih ponošenih čevljev«. Ljubezen do Poljanske doline pa si je poglobljaj tudi sam, saj se je »kot potepuška mačka gibal po vasi in drugih krajih«. Poslušal je zgodbe preprostih ljudi in spoznaval njihove usode. S ponosom se spominja ljudi, kot so bili npr. Janez, Jure in Ive Šubic, Anton Ažbe, Ivan Tavčar in še mnogi drugi starejši in sodobni umetniki, ki so vzljubili te kraje in jih s svojim ustvarjalnim delom predstavili ožji in širši slovenski in mednarodni javnosti. Navduševali so ga ter še dodatno povezali z domačimi kraji.

V zapisu podrobneje govori o gledališki dejavnosti v Poljanski dolini, o igralcih, ki so z živo besedo ohranjali poljansko narečje, »jezik, ki na odru tako pojoče zveni in v katerem je tako preprosto igrati«. Opisuje svoje začetno recitatorsko in igralsko udejstvovanje, ki ga je povsem prevzelo in zastrepilo po nastopanju v Šentjakobskem gledališču. Naslednji korak je bilo udejanjanje režiserskih ambicij. V istem času pa je v njem tudi dozorevala ideja o uprizoritvi Šarevčeve slive. Šarevčeva hiša, sliva pred njo ter mehko do Hotoveljščice spuščajoče travnato pobočje so se mu že v otroštvu vtisnili v spomin. Dolgo je nosil v sebi sceno za uprizoritev tragične usode dekleta, preden sta se s prijateljem lotila dramatizacije in scenarija. Leta 1983 so na prvih Tavčarjevih dnevih ob 130. obletnici pisateljevega rojstva v Poljanah v celoti uprizorili monodramo, vlogo Šarevčeve Mete pa je suvereno odigrala Anica Berčič, zavzeta ljubiteljska igralka, sicer pa trgovka v Poljanah. Predstavo so čez

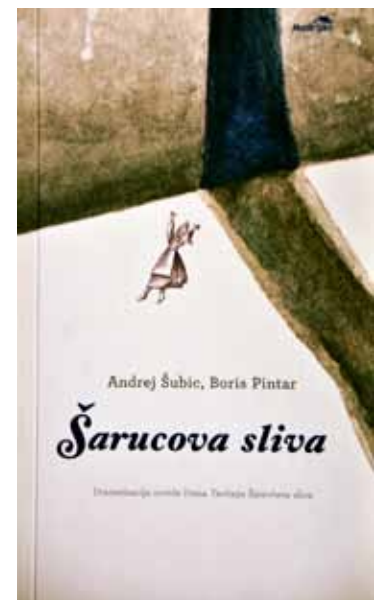
eno leto ponovili na prostem pred Šarevčevo domačijo, pozneje pa je Anica Berčič nastopila še večkrat, vendar le s posameznimi izseki iz predstave.

Že sama novela kot njena dramatizacija nosita poleg tragičnosti tudi vedrino, iskrivost in tudi nagajivost preprostega in pridnega dekleta, ki se je borilo z revščino. Prav ta deloma hudomušen in igriv značaj dela, pa tudi njegova tragika še bolj pristno zazvenijo v narečni govorici. Narečja so učinkovita in večinoma razumljiva v govorjenju, prijetna so tudi za poslušanje. Njihovo branje pa je zahtevnejše od običajnega teksta. Poljanska govorica verjetno res ne sodi med zahtevnejša narečja, ki imajo lahko kopico neobičajnih, manj znanih ali mnogim tudi nepoznanih besed. Kljub temu pa tudi teksta v poljanskem narečju ni mogoče hitro prebrati in razumeti, saj imamo opraviti z besedami, ki imajo drugačne vokale, izpuščene soglasnike ipd. Posamezne besede ali krajši nizi besed lahko postajajo skorajda nerazumljivi (npr. ket de mib adn), kar pa celoten stavek oziroma fraza pojasni (npr. Zdi se mi, ket de mib adn dnar krađu). Ko sem prebiral monodramo v narečju, se mi je zazdelo, da besedilu lažje sledim in ga razumem, če si ga berem glasno. Uspešno pisanje besedila v narečju od pisca zahteva dobro poznavanje narečja, življenje z njim ali vsaj ob njem in ustrezen fonografski zapis. In to je avtorjema uspelo.

Knjižica bo odigrala več pomembnih vlog. Na eni strani daje enega izmed ne tako pogostih zapisov določenega literarnega dela v določenem narečju. Na drugi strani v avtobiografskem zapisu sicer zelo mimobežno predstavlja pomembne in znane umetnike, ki so delovali v Poljanski dolini ali pa so bili z njo kulturno in ustvarjalno povezani. Knjižica tudi predstavi nekaj podatkov o gledališkem življenju v Poljanski dolini. Eden od avtorjevih namenov je tudi znova vzpodbuditi in (p)oživiti gledališko dejavnost ob Poljanski Sori.

In ne nazadnje, knjižica ponovno potrjuje, da so mnogi zdravniki pobudniki, poustvarjalci in mnogokrat ustvarjalci kulturnega življenja, kar velja tudi za Andreja Šubica.

Tomaž Rott



ENOTNA PRIJAVNICA ZA UDELEŽBO NA ZDRAVNIŠKIH SREČANJIH, OBJAVLJENIH V IZIDI

(velja tudi fotokopirana prijavnica)

prijavljam se za udeležbo
(ustrezno obkrožite oz. dopišite)

prosim, pošljite informacije

drugo _____

srečanje _____

ime in priimek udeleženca _____

naslov stalnega bivališča _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka: _____

IZPOLNITI, ČE UDELEŽENEC NI PLAČNIK PLAČNIK JE BOLNIŠNICA, ZAVOD ALI KDO DRUG

Plačnik udeležbe – kotizacije _____

Naziv plačnika _____

Točen naslov sedeža plačnika _____

Telefon _____

Faks _____

E-pošta _____

Kontaktna oseba _____

Izjava – davčni zavezanec (obkroži)

da ne

davčna številka _____

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

Kraj rojstva _____

Datum rojstva _____

Naziv delovne organizacije _____

Delovno mesto _____

Želim sodelovati:

kot predavatelj (predavanje, poster, drugo)

kot udeleženec

na praktične usposabljanju

Prosim informacije o možnostih nočitve

da

ne

Kotizacijo za srečanje bom poravnal(a)

s položnico

ob prijavi

Datum _____

Podpis _____

1. – 4. • 8. MEDNARODNI KONGRES CEREBRALNE PARALIZE

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen vsem, ki se ukvarjajo s cerebralno paralizo	organizator: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prijave, informacije: informacije: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si, W: http://www.cpljubljana2010.eu/cerebral-palsy-congress/	

7. – 11. • 19. MEDNARODNA UČNA DELAVNICA »EURACT BLED COURSE«: UČENJE IN POUČEVANJE O UPORABI NOVIH INFORMACIJSKIH TEHNOLOGIJ V IZOBRAŽEVANJU DRUŽINSKIH ZDRAVNIKOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLED	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: ni podatka	k. točke: 20
vsebina: udeleženci bodo poslušali predavanja, delali v delovnih skupinah, igrali vloge, obiskali bolnike na domu in se veliko pogovarjali	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine Slovenije, Katedri za družinsko medicino univerz Ljubljana in Maribor, OZG – Zdravstveni dom Bled pod pokroviteljstvom Evropske akademije učiteljev v družinski medicini	prijave, informacije: 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	

9. – 11. ob 15.00 • PRVI MARIBORSKI SIMPOZIJ: PRIHODNOST KARDIOPULMONALNEGA OŽIVLJANJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Univerza v Mariboru, Slomškovo trg 15, predavalnici 1 in 2	št. udeležencev: 120	kotizacija: 240 EUR (vključen DDV)	k. točke: 12
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Center za nujno medicinsko pomoč Zdravstvenega doma dr. Adolfa Drolca Maribor in Resuscitation Institute Rosalind Franklin University of Medicine and Science Chicago, prim. prof. dr. Štefek Grmec, dr. med.	prijave, informacije: prijave: ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, OE NMP, za »CPR Summit«, Cesta proletarskih brigad 21, 2000 Maribor, informacije: prim. prof. dr. Štefek Grmec, dr. med., T: 02 333 18 06, 051 394 806, E: tajnistvo.nmp@zd-mb.si	

11. ob 10.00 • IV. KIMAVČEV MEDICINSKI TEK IN I. GOZDNI DUATLON

kraj: KOKRICA PRI KRANJU	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: rekreacijski tek po gozdu za zdravnike, farmacevte in veterinarje ter njihove prijatelje	organizator: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prijave, informacije: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www.agp-pro.si/duatlon_brdo/	

16. – 18. ob 10.00 • 5. SLOVENSKI PEDIATRIČNI KONGRES

kraj: RADENCI, Hotel Radin	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 270 EUR brez popusta	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen pediatrom	organizator: SZD – Združenje za pediatrijo, prim. Ivan Vidmar, dr. med.	prijave, informacije: KOOKIT, Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana, Nevenka Lepin, T: 01 522 29 65, E: nevenka.lepin@kclj.si	

17. • ZDRAVLJENJE PARKINSONOVE BOLEZNI S KONTINUIRANO DOPAMINERGIČNO INTRA-DUODENALNO STIMULACIJO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Zaloška cesta 2	št. udeležencev: 20	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učenje o novi tehniki zdravljenja Parkinsonove bolezni je namenjeno zdravnikom iz Evrope in ZDA – specialistom za PB, zdravnikom in sestram KOBŽ, specializantom nevrologije (predavanja bodo potekala v angleškem jeziku)	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja, Nevrološka klinika UKC Ljubljana, prof. dr. Zvezdan Pirtošek, dr. med.	prijave, informacije: Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, Anka Žekš, T: 522 23 11, F: 522 30 37	

17. ob 10.00 • MARIBORSKO MEDNARODNO OFTALMOLOŠKO SREČANJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, velika predavalnica kirurške stolpnice, Ljubljanska 5	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje, na katerem bodo obravnavane aktualne oftalmološke teme, je namenjeno oftalmologom	organizator: Oddelek za očne bolezni UKC Maribor, Katedra za oftalmologijo, Medicinska fakulteta Univerze v Mariboru, prof. dr. Dušica Pahor, dr. med.	prijave, informacije: Oddelek za očne bolezni UKC Maribor, Tajništvo oddelka, ga. Majda Jurkovič, T: 02 321 16 39, F: 02 331 23 93, E: info.ofta@ukc-mb.si	

17. ob 9.00 • KRONIČNA MEŠANA NERAKAVA BOLEČINA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, IV. nadstropje, predavalnica

št. udeležencev: 40

kotizacija: za pravočasno prijavljene je udeležba brezplačna, za prijavljene po 8. septembru pa znaša kotizacija 50 EUR z DDV

k. točke: v postopku

namen: učna delavnica je namenjena zdravnikom različnih strok ter njihovim sodelavcem, ki pri vsakdanjem delu srečujejo bolnike s kronično nerakavo, predvsem somatsko bolečino. Zgoščeno bodo predstavljeni sodobni pristopi anesteziologov, fiziatrov, nevrologov, ortopedov, psihiatrov, revmatologov in zdravnikov družinske medicine pri lažšanju težav bolnikov s kronično bolečino

organizator: Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije, mag. Duša Marn Vukadinović, dr. med.

prijave, informacije: do 8. septembra 2010: Vesna Grabljevec, Tajništvo Klinike, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – SOČA, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 82 43, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si

20. – 21. • 3. DELAVNICA IN SIMPOZIJ O ZDRAVLJENJU RAKA DANKE

kraj: LJUBLJANA

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: do 1. junija 250 EUR, po 1. juniju 300 EUR

k. točke: ***

vsebina: delavnica in simpozij sta namenjena onkologom, radiologom, kirurgom

organizator: Onkološki inštitut Ljubljana, Sekcija za onkološko kirurgijo SZD, asist. mag. Ibrahim Edhemović, dr. med.

prijave, informacije: Kongres, d.o.o., C. Dolomitskega odreda 44, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Sojar, W: www.kongres.si, T: 0590 122 85, E: info@kongres.si

21. ob 9.00 • SIMPOZIJ O KONTRACPCIJI

kraj: LJUBLJANA

št. udeležencev: 150

kotizacija: kotizacije ni

k. točke: ***

vsebina: simpozij je namenjen ginekologom, šolskim zdravnikom, družinskim zdravnikom

organizator: Združenje za ambulantno ginekologijo SZD, Marija Ilijaš Koželj, Lucija Vrabčič Dežman

prijave, informacije: ni podatka

22. ob 8.00 • SIMPOZIJ STAREJŠI VOZNIK podroben program na spletni strani zbornice

kraj: VRANSKO, Center varne vožnje

št. udeležencev: največ 120

kotizacija: 130 EUR (brez DDV), kotizacije ni za upokojene zdravnike in študente medicine

k. točke: v postopku

vsebina: simpozij je namenjen zdravnikom specialistom splošne/družinske medicine, zdravnikom medicine dela, prometa in športa, farmacevtom, strokovnjakom, ki se ukvarjajo z varnostjo cestnega prometa, izobraževanjem v tretjem življenjskem obdobju in medgeneracijskim sodelovanjem

organizator: Združenje za razvoj forenzične toksikologije v sodelovanju z AMZS, Centrom varne vožnje, dr. Majda Zorec Karlovšek, univ. dipl. kem.

prijave, informacije: prijave: Združenje za razvoj forenzične toksikologije, Pod brezami 24, 1000 Ljubljana, E: mzkarlovsek@gmail.com, informacije: dr. Majda Zorec Karlovšek, univ. dipl. kem., T: 041 644 332, F: 01 283 38 50

23. – 26. • 5. PODIPLomsKA PRAKTIČNA ŠOLA EPILEPSIJE

kraj: bo javljen naknadno

št. udeležencev: 30 – 40

kotizacija: 110 EUR specialisti, 75 EUR specializanti (enodnevni tečaj), 350 EUR specializanti (enodnevni tečaj in podiplomska praktična šola epilepsije)

k. točke: ***

vsebina: podiplomsko subspecialistično multidisciplinarno praktično usposabljanje je namenjeno specialistom in specializantom nevrologije, psihiatrije, otroške nevrologije, kliničnim psihologom

organizator: Društvo Liga proti epilepsiji Slovenije, prim. Igor M. Ravnik, dr. med.

prijave, informacije: prijave: E: epilepsija@epilepsija.org, informacije: Svetlana Simič, T: 01 432 93 93

24. ob 9.00 • CVAHTETIVI DNEVI 2010: ZDRAVA PREHRANA IN JAVNO ZDRAVJE

kraj: LJUBLJANA, Zavod za zdravstveno varstvo

št. udeležencev: ni omejeno

kotizacija: 144 EUR, znižana kotizacija za specializante in podiplomske študente JZ je 72 EUR

k. točke: ***

vsebina: posvet je namenjen strokovnjakom s področja javnega zdravja, prehrane, promocije zdravja, zdravnikom, zobozdravnikom, dietetikom, živilskim tehnologom, organizatorjem prehrane, vodstvenim delavcem v ustanovah, ki delujejo na področju promocije zdravja

organizator: Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Katedra za javno zdravje, doc. dr. Cirila Hlastan Ribič, prof. dr. Marjan Bilban

prijave, informacije: Katedra za javno zdravje, Vrazov trg 2, Ljubljana, Janet Klara Djomba, Nina Dolenc, T: 01 543 75 40, F: 01 543 75 41, E: nina.dolenc@mf.uni-lj.si

24.–25. ob 9.00 • 9. SLOVENSKI PEDONTOLOŠKI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Austria Trend Hotel Ljubljana, Dunajska 154	št. udeležencev: 350	kotizacija: zobozdravniki in zdravniki 200 EUR + DDV (do 10. 9. 2010), 220 EUR + DDV (po 10. 9. 2010), drugi zdravstveni delavci 130 EUR + DDV (do 10. 9. 2010), 145 EUR + DDV (po 10. 9. 2010)	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje z mednarodno udeležbo z glavno temo Sodobna uporaba fluoridov v otroškem in preventivnem zobozdravstvu je namenjeno zobozdravnikom, pediatrom, farmacevtom in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: Sekcija pedontologov SZD v sodelovanju s Katedro za otroško in preventivno zobozdravstvo MF UL, Rok Kosem, dr. dent. med.	prijave, informacije: asist. Tanja Tomažević, dr. dent. med., Center za otroško in preventivno zobozdravstvo, Stomatološka klinika, UKC Ljubljana, Hrvatski trg 6, 1525 Ljubljana, T: 01 522 42 71, E: tanjatomazevic@gmail.com	

24. – 25. ob 13.30 • 8. SREČANJE ISPS SLOVENIJA: PSIHOZA IN OSAMLJENOST podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEND, Hotel Kompas	št. udeležencev: 50 – 100	kotizacija: 120 EUR, za člane društva ISPS 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: 8. srečanje Slovenskega društva za psihoterapijo psihoz je namenjeno članom ISPS Slovenija ter drugim, ki se zanimajo oziroma delajo na področju psihoterapije psihoz	organizator: ISPS Slovenija, Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, asist. mag. Marjeta Blinc Pesek, dr. med., spec. psihiatrije	prijave, informacije: prijave: Slovensko društvo za psihoterapijo psihoz, Rudnik II/ 4, 1000 Ljubljana, informacije: Lidija Rumež Bizjak, T: 01 428 84 06 ali 031 753 675, E: psih.ord.r@siol.net	

25. • 3. ŠOLA SODOBNE OBRAVNAVE BOLNIKOV Z ATOPIJSKIM DERMATITISOM podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Hotel Sava Rogaška, d. o. o., Kongresni center Rogaška, Zdraviliški trg 6, 3250 Rogaška Slatina	št. udeležencev: 60	kotizacija: 180 EUR, plačilo se izvede na ZSD, p.p. 2523, 1001 Ljubljana, TRR SI56020140089341717	k. točke: 6
vsebina: šola	organizator: Združenje slovenskih dermatovenerologov, Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana	prijave, informacije: E: marko.miklic2@guest.arnes.si	

28. 9. – 2. 10. • 3. MEDNARODNI FORUM O APITERAPIJI IN 2. MEDNARODNI FORUM O KAKOVOSTI ČEBELJIH PRIDELKOV

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče	št. udeležencev: 600	kotizacija: 300 EUR – polna kotizacija, 60 EUR – enodnevna kotizacija	k. točke: ***
vsebina: Različni vidiki kakovosti čebeljih pridelkov, pomen čebeljih pridelkov za prehrano, uporaba čebeljih pridelkov v medicinske namene, poseben poudarek na nevrodegenerativnih obolenjih in negi ran. Forum je namenjen zdravnikom, farmacevtom, raziskovalcem čebeljih pridelkov in njihove uporabe ter širši strokovni javnosti	organizator: Čebelarska zveza Slovenije, Svetovna čebelarska organizacija Apimondia, dr. Janko Božič, koordinator strokovnega programa, E: janko.bozic@bf.uni-lj.si	prijave, informacije: prijave: W: www.apimedica.org, informacije: GO.MICE, Štihova 4, 1000 Ljubljana, Natalija Bah Čad, E: apimedica@go-mice.eu, T: 01 430 51 03, F: 01 430 51 04	

28. ob 15.30 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: SLADKORNA BOLEZEN TIPA 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, predavalnica	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica za zdravnike družinske medicine in specializante družinske medicine	organizator: Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani in Združenje zdravnikov družinske medicine, doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.	prijave, 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	

29. 9. – 2.10. • MEDNARODNA ŠOLA BOLEZNI POŽIRALNIKA PRI OTROCIH

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetna pediatrična klinika, Bohoričeva 20, predavalnica	št. udeležencev: delavnica: 45, predavanja: ni omejeno	kotizacija: 500 EUR (vključena učna delavnica), 350 EUR predavanja	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena pediatrom gastroenterologom, pediatrom, usmerjenim v gastroenterologijo, gastroenterologom internistom, torakalnim kirurgom	organizator: Klinični oddelek za gastroenterologijo, hepatologijo in nutricionistiko, doc. dr. Rok Orel, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Mojca Lah, Pot k sejmišču 30, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Lah, T: +386 1 561 18 93, F: +386 1 561 13 42, E: Mojca.Lah@entrpharm.com, W: http://acesoscience.org	

30. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DELAVNICE »RAZLIČNI OBRAZI SARKOIDOZE« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	št. udeležencev: 40	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: golniški simpozij, jezik: slovenski	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si. Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

30. 9. – 2. 10. ob 15.00 • INOVACIJE IN NOVI NAČINI ZDRAVLJENA SRČNEGA POPUŠČANJA

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodni simpozij je namenjen vsem zdravnikom, študentom medicine, medicinskim sestram	organizator: Program za napredovalo srčno popuščanje in transplantacije srca, KO za kardiologijo, UKC Ljubljana in Texas Heart Institute, Houston, Teksas, ZDA, prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., in prof. Igor D. Gregorič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: E: brms2010@gmail.com, informacije: prof. dr. Bojan Vrtovec, dr. med., T: 01 522 28 44, F: 01 522 28 28	

1. ob 8.30 • ŠOLA O KOŽNIH TUMORJIH podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana	št. udeležencev: 30	kotizacija: 180 EUR (posamezni modul) na TRR: številka 01100-6030277894, sklic na številko: - Kožni tumorji- 299 30 34 / 7204599	k. točke: ***
vsebina: šola ima dva modula (1. 10. 2010, datum za 2. modul bo sporočen naknadno), namenjena je zdravnikom družinske medicine in ostalim zdravnikom	organizator: Univerzitetni klinični center Ljubljana, Dermatovenerološka klinika, Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	

1. ob 9.00 • USTVARJALNOST IN DUŠEVNE MOTNJE

kraj: IDRİJA, Psihiatrična bolnišnica Idrija, predavalnica	št. udeležencev: 100	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno psihiatrom, psihologom, del. terapevtom, psihoterapevtom	organizator: Psihiatrična bolnišnica Idrija, mag. Marko Pišljaj, dr. med., dr. Vlasta Meden Klavora, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Psihiatrična bolnišnica Idrija, Pot sv. Antona 49, Idrija, informacije: Natalija Taljat Tušar, E: natalija.taljat@pb-idrija.si, T: 05 373 44 40, F: 05 377 36 51	

1. ob 14.30 • MALIGNI MELANOM GLAVE IN VRATU podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta, Korytkova 2	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje za otorinolaringologe, družinske zdravnike in druge specialiste, ki se ukvarjajo z zdravljenjem malignega melanoma	organizator: Združenje otorinolaringologov Slovenije SZD in Katedra za otorinolaringologijo Medicinske fakultete UL, prof. dr. Irena Hočevar Boltežar	prijave, informacije: Tatjana Železnik, Irena Hočevar Boltežar, E: tatjana.zeleznik@kclj.si ali irena.hocevar@kclj.si. Prosimo za elektronsko prijavo najkasneje teden dni pred srečanjem.	

1. ob 9.00 • DOJEČE MATERE, OTROCI IN ZDRAVILA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LAŠKO, Kulturni center v Laškem	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 95 EUR, za upokojence in študente kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: mednarodno strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, pediatrom, ginekologom, porodničarjem, medicinskim sestram, patронаžnim medicinskim sestram, babicam in vsem, ki obravnavajo doječe matere in njihove otroke	organizator: Nacionalni odbor za spodbujanje dojenja pri Društvu Unicef Slovenije, Visoka zdravstvena šola v Celju, Društvo svetovalcev za laktacijo in dojenje Slovenije, asist. dr. Borut Bratanič, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Savnik, Društvo Unicef Slovenija, Pavšičeva 1, 1000 Ljubljana, T: 01 534 80 78, E: vesna.savnik@unicef.si.	

1. – 2. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: KONGRES podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Hotel Astoria	št. udeležencev: 150	kotizacija: 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: 1. oktober: Ultrazvok v pulmologiji, Kirurgija v pulmologiji, Kaj je novega v pulmologiji, jubilejno predavanje, 2. oktober: Preobčutljivost za zdravila, jezik: slovenski/angleški	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si. Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si.	

2. • PRIPRAVA KLINIČNIH POTI IN NAČELA DOBRE KLINIČNE PRAKSE PRI RIZIČNIH PACIENTIH V ZOBOZDRAVNIŠKI ORDINACIJI

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: ni podatka	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno doktorjem dentalne medicine	organizator: Odbor za zobozdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije	prijave, informacije: prijave: Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, Ljubljana, informacije: ga. Maja Horvat, E: maja.horvat@zzs-mcs.si, F: 01 307 21 09	

6. ob 11.00 • DELAVNICA O MULTIPLI SKLEROZI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center Ljubljana	št. udeležencev: 40	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom družinske medicine	organizator: Center za multiplo sklerozo, Nevrološka klinika Ljubljana, asist. mag. Alenka Horvat Ledinek, dr. med.	prijave, informacije: Higiea, d.o.o., Blatnica 10, Trzin, Duška Knez, mag. farm., T: +386 1 589 72 23, F: +386 1 589 72 26, E: duska.knez@higiea.si	

6. ob 8.30 • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: STROKOVNO SREČANJE OB SVETOVNEM DNEVU PALIATIVNE OSKRBE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, Kolodvorska 15, Ljubljana, velika predavalnica	št. udeležencev: 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram, socialnim delavcem, psihologom, farmacevtom in drugim poklicem, ki so vključeni v paliativno obravnavo	organizator: Univerzitetna klinika Golnik, pokrovitelj: Ministrstvo za zdravje	prijave, informacije: ga. Majda Pušavec, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 12, F: 04 256 91 17, E: majda.pusavec@klinika-golnik.si. Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

7. ob 9.00 • ZDRAVLJENJE IN PREHRANA STAREJŠEGA BOLNIKA Z DIABETESOM

kraj: LJUBLJANA, Gospodarsko razstavišče, dvorana Urška	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: do 30. junija 110 EUR, potem 140 EUR, brez popusta, na TRR: NLB, 02012-0258256645	k. točke: v postopku
vsebina: seminar je namenjen zdravnikom, medicinskim sestram, dietetikom in vodjem prehrane v domovih starejših občanov	organizator: Zavod za izobraževanje o diabetesu, Ljubljana, soorganizator: Skupnost socialnih zavodov Slovenije	prijave, informacije: tajništvo, Zavod za izobraževanje o diabetesu, Bezenškova 18, Ljubljana, T: 01 542 50 04, E: revija.dita@siol.net in W: www.diabetes.si	

8. – 9. ob 9.00 • 4. SLOVENSKI ENDOKRINOLOŠKI KONGRES Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 50 EUR za specialiste (vključuje sodelovanje na strokovnem programu, kongresne materiale, kosilo in večerjo), specializanti in študenti imajo prost vstop na predavanja, drugo pa le proti plačilu	k. točke: 11,5
vsebina: kongres je namenjen vsem, ki jih zanima področje endokrinologije in diabetesa	organizator: Združenje endokrinologov Slovenije, Slovensko zdravniško društvo	prijave, informacije: do 30. 9. 2010 na naslov: E: vilma.urbancic@kclj.si	

8. – 9. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: DELAVNICE IZ BRONHOSKOPIJE Z MEDNARODNO UDELEŽBO podroben program na spletni strani zbornice

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	št. udeležencev: 20	kotizacija: 300 EUR	k. točke: ***
vsebina: golniški simpozij, jezik: angleški	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si. Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

8. – 9. • 22. STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA INTERNISTOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Smelt, Dunajska cesta 160, velika dvorana	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 160 EUR (DDV je vključen v to ceno), do 1. avgusta 2010 znaša 130 EUR	k. točke: 16
vsebina: Strokovni sestaneke je namenjen zdravnikom internistom in zdravnikom v osnovnem zdravstvu. Predstavljene bodo teme z več področij interne medicine	organizator: Združenje internistov SZD	prijave, informacije: prijave: Združenje internistov SZD, Računovodstvo, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana, informacije: prim. mag. Primož Vidali, dr. med., Šubljeva 33, 1234 Mengeš, T: 01 723 72 30, 031 369 711, F: 01 723 00 18, E: pvidali@siol.net	

14. – 15. ob 8.00 • SKUPAJ ZMOREMO VEČ – MEDNARODNA KONFERENCA O ODNOSIH MED BOLNIKI, ZDRAVNIKI, INDUSTRIJO IN ZDRAVSTVENO POLITIKO

kraj: LJUBLJANA, Cankarjev dom	št. udeležencev: 170	kotizacija: za zdravnike 150 EUR, za medicinske sestre in tehnike, specializante, sekundarije in upokojene pa 100 EUR (DDV ni vključen v ceno). Dodatni popust na predprijave (do 1. avgusta 2010).	k. točke: ***
vsebina: mednarodna konferenca je namenjena vsem zdravnikom	organizator: Društvo bolnikov z limfomom in Zveza kroničnih bolnikov, Blaž Kondža, predsednik društva	prijave, informacije: W: www.patients-conference.si, Blaž Kondža, Milka Krapež, T: 041 704 499 (Blaž Kondža), E: blaz.kondza@gmail.com	

14. – 16. ob 13.30 • 4. SLOVENSKI KONGRES FIZIKALNE IN REHABILITACIJSKE MEDICINE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 190 EUR (člani ZFRM), 210 EUR (ostali zdravniki), 140 EUR (drugi delavci v zdravstvu) 90 EUR (specializanti in sekundariji)	k. točke: v postopku
vsebina: kongres je namenjen vsem zdravnikom	organizator: Združenje za fizikalno in rehabilitacijsko medicino pri SZD, asist. mag. Klemen Grabljevec, dr. med.	prijave, informacije: Vesna Grabljevec, URI - Soča, Linhartova 51, Ljubljana, E: klemen.grabljevec@ir-rs.si	

14. – 17. ob 14.00 • 12. BREGANTOVI DNEVI – NAVEZANOST podroben program na spletni strani zbornice

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Grand hotel Rogaška	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: plačilo do 15. 9. 2010: člani ZPS 300 EUR, nečlani 350 EUR, specializanti 200 EUR, študentje in upokojeni 150 EUR, plačilo po 15. 9. 2010: člani ZPS 360 EUR, nečlani 420 EUR, specializanti 240 EUR, študentje in upokojeni 180 EUR. Kotizacija za 2-dnevno udeležbo: člani ZPS 240 EUR, nečlani 280 EUR, specializanti 160 EUR, študentje in upokojeni 120 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno psihoterapevtom, psihiatrom, psihologom	organizator: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Nataša Potočnik Dajčman	prijave, informacije: Združenje psihoterapevtov Slovenije, Zaloška 29, 1000 Ljubljana, Tatjana Samec, T: 01 587 49 30, E: zps@ordinacija.net	

15. • OSNOVE OTROŠKE DERMATOLOGIJE II podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, UKC, Dermatovenerološka klinika, Ljubljana	št. udeležencev: 30	kotizacija: 180 EUR, TRR: številka 01100-6030277894, sklic na številko: - Osnove otroške dermatologije - 299 30 34 / 7204599	k. točke: 5
vsebina: izobraževanje za pediatre in zdravnike družinske medicine	organizator: Dermatovenerološka klinika UKC Ljubljana, Tanja Planišek Ručigaj, dr. med.	prijave, informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika, UKCL, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, 01 522 42 80, E: verica.petrovic@kclj.si	

15. – 16. ob 8.30 • PODIPLOMSKI TEČAJ IZ PROTIMIKROBNEGA ZDRAVLJENJA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel City, Dalmatinova 15	št. udeležencev: 30	kotizacija: 350 EUR z DDV	k. točke: ***
vsebina: podiplomski tečaj je namenjen zdravnikom specializantom in mlajšim specialistom, ki so zaposleni v bolnišnicah (internisti, kirurgi, nevrologi, ginekologi, pediatri in drugi)	organizator: Sekcija za protimikrobno zdravljenje pri Slovenskem zdravniškem društvu, prof. dr. Bojana Beović, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Tajništvo Klinike za infektivne bolezni in vročinska stanja, Japljeva ulica 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, F: 01 522 42 20, E: simona.rojs@kclj.si	

15. – 16. ob 15.30 • NOVOSTI V SPECIALIZACIJI IZ DRUŽINSKE MEDICINE: SPROTNO OCENJEVANJE SPECIALIZANTA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Poslovna stavba Lek, Verovškova 57, predavalnica	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: učna delavnica je namenjena zdravnikom mentorjem v družinski medicini	organizator: Katedra za družinsko medicine Univerze v Ljubljani in Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Igor Švab, dr. med.	prijave, 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	

15. – 16. ob 9.00 • REDNI STROKOVNI SESTANEK ZDRUŽENJA HEMATOLOGOV SLOVENIJE IN ZDRUŽENJA ZA TRANSFUZIJSKO MEDICINO SZD podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Hotel Kompas	št. udeležencev: 60	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: v postopku
vsebina: sekcijski sestanek s prikazom sodobnega načina zdravljenja je namenjen specialistom in specializantom hematologije, interne medicine, onkologije, pediatrije in transfuzijske medicine	organizator: Združenje hematologov Slovenije in Združenje za transfuzijsko medicino SZD, doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., Snežna Levičnik Stezinar, dr. med.	prijave, informacije: prijava ob registraciji, informacije: doc. dr. Uroš Mlakar, dr. med., T: 01 522 31 34, F: 01 522 27 22	

20. • 9. GOLNIŠKI SIMPOZIJ: ULTRAZVOK PRSNEGA KOŠA – DELAVNICA podroben program na spletni strani zbornice

kraj: GOLNIK, Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	št. udeležencev: 20	kotizacija: 100 EUR	k. točke: ***
vsebina: delavnica – ultrazvok prsnega koša	organizator: Bolnišnica Golnik – Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo	prijave, informacije: Irena Dolhar, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, W: www.klinika-golnik.si, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si. Podroben program in prijavnica sta na spletni strani www.klinika-golnik.si	

21. ob 9.30 • XVIII. »IN MEMORIAM DR. DUŠANA REJE« – RAK UROLOŠKIH IN REPRODUKTIVNIH ORGANOV podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Farmacevtska družba Lek, d.d., Verovškova ul. 57	št. udeležencev: 130	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen vsem zdravnikom, medicinskim sestram in drugim zdravstvenim delavcem ter profesorjem zdravstvene vzgoje	organizator: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, prof. dr. Borut Štabuc, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Zveza slovenskih društev za boj proti raku, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, informacije: ga. Mira Klemenčič, ga. Jelka Piškur, T: 01 430 97 80, F: 01 430 97 85, E: zdbpr@onko-i.si	

22. – 23. • XII. FAJDIGOVI DNEVI

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška 100	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: 180 EUR, vključuje udeležbo na srečanju, torbo s kongresnim gradivom, zbornik, osvežitve med predvidenimi odmori srečanja, prigrizek v petkovem opoldanskem odmoru in svečano večerjo s plesom v petek. Kotizacijo lahko nakažete v naprej na transakcijski račun pri Novi Ljubljanski banki, d.d., številka: 02045-0253583120, s pripisom 12. Fajdigovi dnevi, ali pa jo boste plačali po izstavitvi računa po končanem srečanju. Enodnevna kotizacija znaša 120 EUR za petek in 80 EUR za soboto. Omejeno število študentov pri predmetu družinska medicina, sekundarijev, specializantov družinske medicine in upokojenih zdravnikov bo oproščenih kotizacije. Svetujemo zgodnjo prijavo, ker so mesta omejena	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zdravnikom, medicinskim sestram in zdravstvenim tehnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine in upokojenim zdravnikom	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Osnovno zdravstvo Gorenjske, Katedra za družinsko medicino MF Ljubljana, Katedra za družinsko medicino MF Maribor, Zavod za razvoj družinske medicine, Društvo medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Gorenjske	prijave, informacije: prijave: najkasneje do 15. 10. 2010, ga. Jožica Krevh, Uprava Osnovnega zdravstva Gorenjske, Gosposvetska 9, 4000 Kranj, F: 04 202 67 18, T: 04 208 25 23, E: jozica.krevh@ozg-kranj.si, informacije: Aleksander Stepanović, Gosposvetska cesta 10, 4000 Kranj, T: 04 208 22 60, E: aleksander.stepanovic1@guest.arnes.si in Janko Kersnik, Koroška 2, 4280 Kranjska Gora, T: 04 588 46 01, F: 04 588 46 10, E: janko.kersnik@ozg-kranj.si, W: http://www.drmed.org	

4. – 6. ob 16.00 • 52. TAVČARJEVI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice

kraj: PORTOROŽ, Grand hotel Bernardin, dvorana Evropa	št. udeležencev: 800	kotizacija: glej program na spletni strani zbornice	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom in študentom medicine	organizator: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, prof. dr. Pavel Poredoš	prijave, informacije: prijave: Katedra za interno medicino, Medicinska fakulteta v Ljubljani, Zaloška 7, 1000 Ljubljana, informacije: Mojca Baraga ali Bernarda Hrovat, T: 01 522 34 66, F: 01 431 31 24	

11. – 13. • OSNOVE KLINIČNE ALERGOLOGIJE IN ASTME. POUK BOLNIKA Z ASTMO. VODENJE BOLNIKA S KOPB podroben program na spletni strani zbornice

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Lek	št. udeležencev: 28	kotizacija: 250 EUR, vključuje zbornik, potrdilo o udeležbi, opravljanje zaključnega izpita, prehrano, animacijo	k. točke: 19
vsebina: delavnica je sinhronizacija osebnega zdravnika in specialista pri obravnavi bolnika z alergijsko boleznijo in astmo. Delavnica je namenjena predvsem zdravnikom splošne/družinske medicine. Vabljeni tudi specializanti in sekundariji ter specialisti drugih strok (dermatologi, otorinolaringologi, internisti, pediatri). Poudarek delavnice bo na praktični obravnavi posameznih pomembnih segmentov alergologije ali astme, reševanju konkretnih alergoloških primerov, prikazu načinov pouka bolnikov z astmo. Vaje bodo potekale pod vodstvom posameznih strokovnjakov v skupinah	organizator: Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, Golnik	prijave, informacije: Irena Dolhar, Bolnišnica Golnik – Klinični oddelek za pljučne bolezni in alergijo, 4204 Golnik, T: 04 256 91 11, F: 04 256 91 17, E: irena.dolhar@klinika-golnik.si	

11. – 13. ob 17.00 • XXIV. REPUBLIŠKI STROKOVNI SEMINAR DZDS: STROKOVNA DOKTRINA STOMATOLOŠKE KLINIKE

kraj: ROGAŠKA SLATINA, Kulturni dom Rogaška	št. udeležencev: 300	kotizacija: zobozdravniki 200 EUR, ostali zobozdravstveni delavci 150 EUR	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zobozdravnikom, medicinskim sestram, zobotehnikom	organizator: Društvo zobozdravstvenih delavcev v Sloveniji, akad. prof. dr. Uroš Skalarič	prijave, informacije: Društvo zobozdravstvenih delavcev v Sloveniji, Maša Juvan, T: 01 522 53 46, 041 516 773, F: 01 522 24 94	

12. ob 8.00 • MALA ŠOLA NEUROLOGIJE: PARKINSONIZEM IN DEMENCE

kraj: LJUBLJANA, Nevrološka klinika, Klinični oddelek za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, Ljubljana	št. udeležencev: 25	kotizacija: 50 EUR	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje o parkinsonizmih in demencah za boljše prepoznavanje, zdravljenje in vodenje bolnikov v ambulanti družinskega zdravnika je namenjeno družinskim in vsem drugim zdravnikom, ki bi radi osvežili svoje znanje nevrologije	organizator: Klinični oddelek za bolezni živčevja UKC Ljubljana in Katedra za družinsko medicino MF v Ljubljani, doc. dr. Maja Trošt, dr. med.	prijave, informacije: Anka Žekš, KO za bolezni živčevja, Zaloška cesta 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 23 11, F: 01 522 30 37, E: anka.zeks@kclj.si	

12. – 13. ob 8.30 • XIV. IZOBRAŽEVALNI SEMINAR ZA ZDRAVNIKE »KRITIČNO BOLAN IN POŠKODOVAN OTROK – RAZPOZNAVA, ZDRAVLJENJE IN PREVOZ« S TEČAJEM PEDIATRIČNE REANIMACIJE PO NAČELIH EVROPSKEGA SVETA ZA REANIMACIJO

kraj: LJUBLJANA, Univerzitetni klinični center, Zaloška cesta 7, predavalnica 1	št. udeležencev: 70 – 80	kotizacija: 360 EUR (DDV je vključen)	k. točke: ***
vsebina: izobraževalni seminar z učnimi delavnicami je namenjen pediatrom in vsem zdravnikom v urgentni službi	organizator: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Slovensko združenje za urgentno medicino – Svet za reanimacijo, prim. Ivan Vidmar, dr. med., svetnik	prijave, informacije: prijave: Klinični oddelek za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, Tajništvo, Kirurška klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Bohoričeva ulica 20, 1525 Ljubljana, informacije: Karmen Boh, viš. upr. del., T: 01 522 81 97, 01 522 33 49, 01 522 48 29, F: 01 522 11 09, E: karmen.boh@kclj.si	

12. – 14. • 1. SLOVENSKI KONGRES PODROČNE ANESTEZIJE

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: 200	kotizacija: 300 EUR, cena kotizacije je odvisna od časa prijave	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno anesteziologom	organizator: SZD – Slovensko združenje za anesteziologijo in intenzivno terapijo, prof. dr. Vesna Novak Jankovič, dr. med.	prijave, informacije: W: www.szaim.org, asist. mag. Jasmina Markovič Božič, dr. med., asist. mag. Iztok Potočnik, dr. med., T: 040 191 153, 040 397 119, 01 522 35 57, F: 01 522 22 34, E: szaim@mf.uni-lj.si	

19. ob 8.00 • VI. SPOMINSKI SESTANEK PROF. DR. LIDIJE ANDOLŠEK JERAS: »NEPRAVILNE KRVAVITVE IZ MATERNICE V RODNEM OBDOBJU« podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Hotel Mons	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: z vključenim DDV znaša za specialiste 120 EUR, za specializante in medicinske sestre 70 EUR	k. točke: ***
vsebina: seminar je namenjen ginekologom, specialistom ginekologije in porodništva in drugim zdravstvenim delavcem	organizator: UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Klinični oddelek za reprodukcijo, Slovensko društvo za reproduktivno medicino, Katedra za ginekologijo in porodništvo, Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani	prijave, informacije: prijave: on-line http://www.obgyn-si.org/ad-2010/ , po pošti na naslov Nataša Petkovšek, Ginekološka klinika, Šlajmerjeva 3, Ljubljana, ali E: natasa.petkovsek@mf.uni-lj.si	

19. – 20. ob 9.00 • PSIHOTERAPEVTSKI UKREPI ZA VSAKDANJO RABO 2 podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BEGUNJE, Psihiatrična bolnišnica Begunje	št. udeležencev: 100	kotizacija: 120 EUR	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom splošne/ družinske medicine, psihiatrom in drugim	organizator: Psihiatrična bolnišnica Begunje, prim. Andrej Žmitek, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Psihiatrična bolnišnica Begunje, Begunje 55, 4275 Begunje na Gorenjskem, informacije: prim. Andrej Žmitek, dr. med., T: 04 533 52 48, F: 04 530 72 21, E: andrej.zmitek@pb-begunje.si	

20. ob 9.00 • 23. OBČNI ZBOR STROKOVNEGA ZDRUŽENJA ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: LJUBLJANA, dvorana Krke, d.d., Dunajska cesta 54 – 56	št. udeležencev: 100 – 120	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: občni zbor je namenjen vsem članicam in članom Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik	prijave, informacije: predhodne prijave niso potrebne, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, Vojkova 4, 1000 Ljubljana, T: 01 433 85 35, F: 01 439 76 00	

23. ob 16.00 in 24. ob 16.00 (delavnice) • KAKO PISATI MEDICINSKE PRISPEVKE?

kraj: LJUBLJANA, Medicinska fakulteta	št. udeležencev: 250 (predavanja), 20 (delavnice)	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: Kako se lotiti pisanja strokovnega članka? Kje najti literaturo in kako jo citirati? Kako ustrezno uporabljati slovenski jezik v medicinskih prispevkih? Če iščete odgovor na ta in ostala vprašanja, povezana s strokovnim pisanjem, se nam pridružite na predavanjih in delavnicah »Kako pisati medicinske prispevke?«, ki jih bodo predstavili ugledni predavatelji z velikim številom objav v domačih in tujih revijah. Predstavili nam bodo, kakšne vrste člankov poznamo, kako pripraviti izvleček, poiskati vire, predstaviti rezultate, citirati literaturo ter veliko drugega. Predavanja in delavnice so namenjeni študentom medicine, farmacije, zdravnikom, farmacevtom..., ne nazadnje vsem, ki bi jih vsebina utegnila zanimati.	organizator: Medicinski razgledi, Saša Ilovar in ekipa Medicinskih razgledov	prijave, informacije: prijave: E: info@medrazgl.si (za delavnice potreben prispevek!), informacije: W: www.medrazgl.si , E: info@medrazgl.si , ilovar@medrazgl.si , T/F: 01 524 23 56 (Medicinski razgledi), 040 787 214 (Saša Ilovar)	

24. 11., 25. 11., 30. 11., 1. 12. in 2. 12. • 10. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ DIABETOLOGIJE ZA SPECIALIZANTE IN SEKUNDARIJE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, Stara travmatologija, Zaloška 2	št. udeležencev: 25	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: 13
vsebina: podiplomski tečaj, sestavljen iz učnih delavnic, je namenjen specialistom interne medicine in pripravnikom	organizator: Klinični oddelek za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni, UKC Ljubljana, Jelka Zaletel Vrtovec	prijave, informacije: prijave do 1. 11. 2010 samo na E: jelka.zaletel@kclj.si , informacije: Jelka Zaletel Vrtovec, T: 01 522 39 90, E: jelka.zaletel@kclj.si	

25.–27. • 5. KONGRES ZDRUŽENJA KIRURGOV SLOVENIJE

kraj: KRANJSKA GORA, Hotel Kompas, Borovška cesta 100	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen kirurgom, zdravnikom, študentom višjih letnikov	organizator: Združenje kirurgov Slovenije, Miran Rems	prijave, informacije: prijave: zks2010@sb-je.si , informacije: miran.rems@sb-je.si , T: 041 775 667	

26. – 27. • 6. MARIBORSKI KONGRES DRUŽINSKE MEDICINE

kraj: MARIBOR, Kongresni center Hotela Habakuk	št. udeležencev: 250 – 300	kotizacija: 200 EUR (DDV ni vključen)	k. točke: v postopku
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom v osnovnem zdravstvu ter študentom pri predmetu družinska medicina, sekundarijem, specializantom družinske medicine, upokojenim zdravnikom in medicinskim sestram/zdravstvenim tehnikom	organizator: Združenje zdravnikov družinske medicine SZD, Katedra za družinsko medicino Ljubljana in Maribor ter Zavod za razvoj družinske medicine	prijave, informacije: prijave: Zavod za razvoj družinske medicine, Poljanski nasip 58, 1000 Ljubljana, E: info@zrdm-idfm.si, informacije: Primož Rus, dr. med., E: primoz.rus@siol.net, Ksenija Tušek Bunc, dr. med., E: ksenija.tusek-bunc@guest.arnes.si	

27. • XIV. ČELEŠNIKOV DNEVI IN 13. STROKOVNI SEMINAR ZMOKS: EKSTRAKCIJA ZOB IN OHRANITEV ALVEOLARNE KOSTI V SODOBNI STOMATOLOGIJI (Vzporedno bo potekal 3. seminar izvajalcev zdravstvene nege z naslovom: USPEŠNA KOMUNIKACIJA – ZADOVOLJEN PACIENT V MAKSILOFACIALNI IN ORALNOKIRURŠKI OBRAVNAVI)

kraj: BRDO PRI KRANJU, Kongresni center	št. udeležencev: ni podatka	kotizacija: do 7. novembra 2010: 250 EUR, po 7. novembru 2010: 290 EUR, na seminarju: 300 EUR (z vključenim 20% DDV). Nakažite na: Poslovni račun Združenja za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, št. računa pri Novi Ljubljanski banki, d.d.: 02014 – 0257421571, sklic na št. 00-100, davčna številka: S110830316	k. točke: ***
vsebina: seminar	organizator: Klinični oddelek za maksilofacialno in oralno kirurgijo UKC Ljubljana, Katedra za maksilofacialno in oralno kirurgijo Medicinske fakultete v Ljubljani, Združenje za maksilofacialno in oralno kirurgijo Slovenije	prijave, informacije: prijave: ZMOKS, Zaloška 2, 1525 Ljubljana, informacije: E: celesnikovi.dnevi@kclj.si, Ani Klopčič, T: 01 522 42 35, 051 38 15 57, W: www.zmok.si	

2. – 4. • ŠOLA INTENZIVNE MEDICINE

kraj: NOVO MESTO, Hotel Krka	št. udeležencev: 45	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: strokovno izobraževanje je namenjeno specializantom anesteziologije, interne medicine, pediatrije, infekcijskih bolezni	organizator: Slovensko združenje za intenzivno medicino, Roman Parežnik	prijave, informacije: prijave: ga. Simona Rojs, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, Roman Parežnik, Peter Radšel, T: 01 522 42 20, F: 01 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	

3. ob 8.00 • 1. STROKOVNO SREČANJE »SODELOVANJE OTORINOLARINGOLOGA Z ZDRAVNIKOM DRUŽINSKE MEDICINE«

kraj: MARIBOR, UKC Maribor, 16. nadstropje kirurške stolpnice	št. udeležencev: do 150	kotizacija: 80 EUR z vključenim DDV	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske medicine, otorinolaringologom, specializantom, pediatrom, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, Oddelek za ORL in MFK Maribor, Katedra za družinsko medicino, Katedra za ORL in MFK, Medicinska fakulteta Maribor, doc. dr. Bogdan Čizmarevič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/orl_druzinska_medicina/ , informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

4. • FLEBOLOŠKA ŠOLA – 3. STOPNJA (KOMPRESIJA) podroben program na spletni strani zbornice

kraj: LJUBLJANA, predavalnica na Dermatovenerološki kliniki	št. udeležencev: 30	kotizacija: 150 EUR (specialisti), 50 EUR (specializanti in študentje MF), številka 01100-6030277894, sklic na številko: 299 30 34 / 7204599	k. točke: v postopku
vsebina: izobraževanje za zdravnike in medicinske sestre	organizator: Dermatovenerološka klinika, UKC Ljubljana	prijave, informacije: Verica Petrovič, tajnica Dermatovenerološke klinike KC, Zaloška 2, 1000 Ljubljana, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	

DECEMBER

11. ob 8.30 • MIGRENA

kraj: LJUBLJANA	št. udeležencev: do 300	kotizacija: 75 EUR z DDV, kotizacije ni za študente medicine, specializante nevrologije, upokojene zdravnike, organizatorja in vse, ki bodo pomagali pri organizaciji	k. točke: ***
vsebina: strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom družinske in splošne medicine, nevrologom, algologom, farmaceutom in vsem, ki želijo izpopolniti svoje znanje s področja obravnave bolnikov z migreno	organizator: Sekcija za glavobol – Združenje nevrologov pri Slovenskem zdravniškem društvu in Društvo za preprečevanje možganskih in žilnih bolezni ob strokovnem sodelovanju zdravnikov UKC Ljubljana, UKC Maribor in drugih slovenskih in tujih strokovnjakov, doc. dr. Bojana Žvan	prijave, informacije: prijave: Društvo MŽB, Mala ulica 8, 1000 Ljubljana, informacije: Andreja Merčun, T: 05 90 11 234, F: 01 430 23 14, E: andreja@mozganska-kap.info	

JANUAR 2011

13. – 15. • 1. KONGRES MEDICINE ŠPORTA IN ODBOJKE podroben program na spletni strani zbornice

kraj: BLEED, Festivalna kongresna dvorana	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 200 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen zdravnikom medicine športa, travmatologom, ortopedom, fizioterapevtom, maserjem, trenerjem, športnikom	organizator: Zdravstveni zavod za medicino športa Ljubljana, doc. dr. Edvin Dervišević, dr. med., in asist. Vedran Hadžić, dr. med	prijave, informacije: prijave: W: www.fvbmedicine2011.org ali E: fvb2011@gmail.com, informacije: Zdravstveni zavod z medicino športa Ljubljana, Gortanova 22, gdč. Maja, T: 041 723 124, E: fvb2011@gmail.com	

28. – 29. ob 9.00 • 17. SREČANJE SLOVENSkih IN HRVAŠKIH INTENZIVISTOV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk	št. udeležencev: do 100	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: simpozij z mednarodno udeležbo je namenjen internistom, anesteziologom, kirurgom, zdravnikom družinske medicine, specializantom, sekundarijem, študentom medicine	organizator: UKC Maribor, SZIM Združenje za interno medicino, Medicinska fakulteta, prof. dr. Andreja Sinkovič, dr. med.	prijave, informacije: prijave: W: http://dogodki.eventmanager.si/17_srecanje_intenzivistov/, informacije: Slavica Keršič, posl. sek., T: +386 2 321 28 04, F: +386 2 321 28 26	

APRIL 2011

1. – 2. ob 16.00 • 22. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE

kraj: OTOČEC, konferenčna dvorana Šport hotela	št. udeležencev: do 250	kotizacija: kotizacije ni	k. točke: ***
vsebina: srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	organizator: Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije, Primož Rus, dr. med., predsednik	prijave, informacije: prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljete neposredno na kraj dogodka, informacije: pisarna Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, 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	

14. – 16. ob 9.00 • 2. MEDNARODNI KONGRES MEDICINSKIH IZVEDENCEV

kraj: MARIBOR, Hotel Habakuk, Pohorska ulica 59	št. udeležencev: ni omejeno	kotizacija: 450 EUR z vključenim DDV, znižana kotizacija za zgodnje prijave do 15. 2. 2011 znaša 405 EUR, enodnevna kotizacija znaša 270 EUR	k. točke: ***
vsebina: kongres je namenjen medicinskim izvedencem, osebnim zdravnikom, kardiologom, članom invalidskih komisij, zdravnikom ZZS, predstavnikom delodajalcev, predstavnikom delovnih in socialnih sodišč, varnostnim inženirjem	organizator: ZPIZ, ZZS, ZVD, Života Lovrenov, dr. med.	prijave, informacije: prijave: Domus, d.o.o., Trg MDB 12, 1000 Ljubljana, informacije: Marko Stijepić in Života Lovrenov, dr. med., T: 01 520 50 80, 01 236 35 89, F: 01 520 50 82, E: info@kongres-izvedencev.si	

OKTOBER 2011

21. – 24. • 17. KONGRES OTROŠKIH NEVROLOGOV SREDOZEMLJA

kraj: PIRAN	št. udeležencev: 450	kotizacija: ni podatka	k. točke: ***
vsebina: kongres otroških nevrologov	organizator: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat	prijave, informacije: prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovicp@guest.arnes.si	

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.



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

faks: 01 30 72 109



V reviji Isis želimo objaviti priloženo obvestilo o strokovni prireditvi.

Prvo obvestilo želimo objaviti v _____ številki Izide.

Ustrezni program strokovnega srečanja naj bo objavljen na spletni strani zbornice.

Datum prireditve _____ Začetek, ura _____

Kraj _____

Prostor, kjer bo prireditev _____

Naslov strokovnega srečanja _____

Število poslušalcev _____ (če je določeno) _____ (neomejeno)

Vsebina in vrsta strokovne prireditve (podiplomski seminar, posvet, učna delavnica...)

Komu je namenjena (vsem zdravnikom, zdravnikom v osnovnem zdravstvu, kirurgom, internistom...)

Organizator (medicinska fakulteta, klinika, sekcija Slovenskega zdravniškega društva...)

Predstavnik 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 in študente

DELOVNA MESTA

Onkološki inštitut Ljubljana

išče

pet zdravnikov specialistov patologije (m/ž)

za nedoločen čas, s poskusnim delom.

Delo ponuja raznovrstne možnosti strokovnega razvoja in poteka v dinamičnem timu strokovnjakov.

Pogoja:

- doktor medicine specialist patologije (anatomske patologije in citopatologije),
- znanje angleškega jezika.

Pisne ponudbe s kratkim življenjepisom in dokazili o izpolnjevanju pogojev pošljite v roku 30 dni po objavi na naslov: Onkološki inštitut Ljubljana, Kadrovska služba, Zaloška 2, 1000 Ljubljana.

Onkološki inštitut Ljubljana

razpisuje delovno mesto

sobni zdravnik v sektorju za internistično onkologijo (m/ž)

za določen čas.

Pogoji za zasedbo:

- VII. stopnja izobrazbe, doktor medicine,
- strokovni izpit,
- znanje slovenskega jezika.

Pisne prijave z dokazili o izpolnjevanju zahtevanih pogojev je potrebno oddati v 15 dneh po objavi razpisa na naslov: Onkološki inštitut Ljubljana, Zaloška 2, Kadrovska služba, 1000 Ljubljana.

Zdravstveni dom Celje

vabi k sodelovanju

zobozdravnika za delo v ambulanti odraslega zobozdravstva (m/ž)

Delovno razmerje bo sklenjeno za nedoločen čas.

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 vloge je 30 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 (Marta Tome, dr. dent. med.).

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

BARSOS-MC

objavlja prosto delovno mesto

specialist medicine dela, prometa in športa (m/ž)

za nedoločen čas s polnim delovnim časom.

Rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta.

Prijave na Barsos-MC d.o.o., Gregorčičeva 11, 1000 Ljubljana,

Cvetka Dragoš Jančar, dr. med., T: 01 242 07 30.

Bolnišnica Golnik

Razpisujemo prosto delovno mesto:

zdravnik specialist V/VI PPD1 (m/ž)

za opravljanje nalog diagnostike in zdravljenja ter vodenja oddelka za intenzivno nego in terapijo.

Od kandidatov pričakujemo univerzitetno izobrazbo medicinske smeri, z opravljeno specializacijo in najmanj enim letom delovnih izkušenj na področju intenzivne medicine.

Delovno razmerje bomo sklenili za nedoločen čas s polnim delovnim časom in trimesečnim poskusnim delom.

Od vseh kandidatov pričakujemo smisel za organizacijo dela in vodnje ljudi, sposobnost komunikacije, odgovornost in zanesljivost.

Ponudbe z dokazili o izpolnjevanju razpisnih pogojev, opisom dosedanjih delovnih izkušenj, kratkim življenjepisom in predlogom vizije dela posredujte najkasneje do 27. 9. 2010 na naslov: Bolnišnica Golnik – KOPA, Golnik 36, 4204 Golnik, s pripisom »kadrovski razpis«.

NAJEM

V najem oddam zobozdravniško ordinacijo z možnostjo kasnejšega odkupa.

Dr. Nino Knez, d.o.o.
Majorja Lavriča 12, Ljubljana
T: 040 292 347

IŠČEMO

Iščemo splošne zdravnike in interniste z znanjem nemščine za delo v ordinaciji v Švici (investicija ni potrebna, zelo dobra plača, na ravni Švice) in osebje za operacijsko dvorano (OP) za nemško univerzitetno kliniko.

Informacije: T: 0043 (0) 68110617141,
E: h-b@ipnetwork.at

PRODAM

Prodam obnovljeno staromeščansko stanovanje 96 m² v stanovanjsko-poslovni stavbi ob Polikliniki na Njogoševi cesti. Primerno je za vse vrste ambulantne dejavnosti, bivanje ali odvetniško pisarno. Cena 235.000 EUR.

Informacije: 041 919 185

Sorško polje

Andrej Rant

Prelepa, sončna, pisana ravan!
Dobrave, polja, znamenja, vasi;
Lubnik na straži, v daljavi Kranj...
Gora obok v nebo kipi,
kot pravljica otroških sanj!

Tu je moj dom, v duši mi leži;
zorana zemlja, ki diši,
kozolci, žanjice, Osovnik in Hom;
veselo žvrgolijo ptice
in žito valovi...

Tu je moj oče; med njivami
obraz njegov uzrl bom!
V noč oglašajo se prepelice
in veter v hrastih šelesti,
kot da žaluje za nekom...

Sloka

Andrej Rant

Nočne ptice iz sna se budijo,
ko nad dobrovo večer zazvoni,
iz leščevja sloka k vodi,
senca neslišna, zleti...

Nad ločjem to večno, odsotno vršenje...
Čuj, klic divje gosi!
Ni vse tole počasno, smrtno drhtenje
življenj, ki jim luč dogori?

Sloka!
Hitra sloka v loku leti!
V urnem strelu zadeta
pada, opleta;
perot in kljun
zaliva kri.

Domovina

Andrej Rant

Domovina, ti si češnja,
ki v pomladi zacveti;
veje v nebo razteza
in cvetove obleti...

Ti si zreli, rdeči sadež,
ki v srcu dozori;
kdor je zdoma, si mu rana,
ki nenehno krvavi.

Domovina, ti si roža,
ki pod Triglavom dehti;
ti si mati, ki me boža,
in očetove dlani...

Ti si biser moj edini,
ki v školjki se zlati;
kot zaklad si, žlahtni kamen,
ki v duši mi leži...

Ti si žalost, si veselje,
vse, vse moje žive dni;
ti si ptica, ki se vrača,
tja, kjer gnezdo zapusti!

Pegaz

Andrej Rant

Pesem konj je, ki prek polja,
prek obzorja poleti;
misel, vrelec sred skalovja
iz globine prikipi.

Domišljija se na krilih
med oblake zavihti,
brez meja na sanjskih tirih
s soncem, z luno govori...

Konj brez sedla, konj brez uzde,
brez stremen, brez vajeti;
ne pusti se on ujeti,
ne pusti obuzdati.

Verz, rezget ujet, drvi,
kot galop udarja v kamen
in kot divji strašni plamen
pod kopiti se iskri !

Tradicija letnih koncertov Pro medico se nadaljuje

Ob nastopu Zdravniške glasbene komorne skupine 8. junija v Stari Ljubljani

Pavle Kornhauser

Kot pobudnik koncertov Pro medico seveda ne morem pisati glasbene »kritike«. Saj o nastopih ljubiteljskih glasbenikov tudi ni pričakovati strokovnih ocen, kot jih dobijo poklicni umetniki (če jim sploh v javnih glasilih ali na RTV kdo od novinarjev posveti dobro ali kritično, večkrat tudi zlobno besedo). Kriteriji za ocenjevanje kot odmev nastopov amaterjev morajo biti bistveno drugačni, kar pa ne pomeni, da bi opravičili površno igro, slabo, neuskaljeno izbiro skladb, neresen odnos do umetniškega poustvarjanja. Večkrat sem poudaril, da smo ljubiteljski glasbeniki privilegirani, saj muziciramo takrat, ko si to želimo, izbiramo glasbo, ki nam je všeč. Obenem so poslušalci »motivirani«, ko prihajajo na naše nastope, ne morda zato, ker so vplačali kak abonma. Večina udeležencev teh »ljubiteljskih koncertov« pozna izvajalce, lahko zatrdim, da z nami doživljajo glasbo in nas spodbujajo s svojo prisotnostjo ter z aplavzom. Pesniško bi rekel, da pri poslušalcih vidim žar v njihovih očeh, so napeti v svojih pričakovanjih, nikoli ni nervoznega pokašljevanja, kar hudo moti koncerte poklicnih glasbenikov. Doživel sem, po svojih solističnih koncertih, da so se mi moji nekdanji bolniki s solzami zahvaljevali in obenem čestitali, očitno so se poistovetili z izvajano glasbo in podoživljali lastno bolezen pred mnogimi leti.

Imel sem priložnost, da sem načrtoval vsebino številnih nastopov ljubiteljskih glasbenikov, pretežno nas zdravnikov. Že pred mnogimi leti, še pred oblikovanjem Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher, torej že v začetku sedemdesetih let prejšnjega stoletja, sem uvedel redne torkove mesečne »koncerte

za bolnike« v avli novozgrajene osrednje bolnišnice. Že od prvega zdravniškega koncerta ob Plečnikovem memorialu predkliničnih inštitutov MF, ki se vrstijo že 40 let, vsak prvi petek meseca decembra, sem skrbel za stilno zasnovano glasbenega sporeda, pri izbiri skladb svetoval izvajalcem, naj upoštevajo pričakovanja poslušalcev (značilno je, da teh »zgodovinskih podatkov« ni zaslediti v publikaciji KUD-a KC in MF Ars medici 2009!).

Res ima vsak med nami svoj okus, kaj mu je v glasbi všeč in kaj ga pusti »hladnega«, ali ga celo odbija. Naj na tem mestu ponovim (čemur bodo nekateri, ne le glasbeniki, žolčno oporekali), da sam ne trpim nekaterih skladateljev, tako npr. glasbe R. Wagnerja, ki bi bil lahko odličen simfonik (tako je napisal P. I. Čajkovski!), je pa neprebavljiv s svojimi dolgočasnimi izumetničenimi Brunhildami in Wotani v ure in ure trajajočih operah. Tudi A. Bruckner bi lahko brez škode za celosten vtis krepko skrajšal svoje simfonije. Zdi se mi, da ostajam v vlogi otroka, ki opozarja »da je cesar nag«...

Naj se vrnem k letnemu koncertu Pro medico, ki je bil pred kratkim ponovno v cerkvi sv. Jakoba v Stari Ljubljani. Na lanskoletnem jubilejnem koncertu sem sicer v nagovoru povedal, »da velikih interdisciplinarnih« prireditev Pro medico s sodelovanjem orkestra in solistov ter zborov ne bo več, saj so zaradi vsakokratne zagotovitve nastopajočih in udeležbe na vajah postale za mene naporene in tudi nepredvidljive. Pregovor sicer pravi: »Zarečenega kruha se največ poje«. Sklenil sem, da bi bilo hudo prekiniti s tradicijo skupnega muziciranja, in to v komorni sestavi, ki smo jo negovali



Trio Pro medico igra D. Šostakoviča. Čelistka je kot gostja Tina Gregorc.



Nagovor po zaključku koncerta s Koroškimi narodnimi pesmimi. Peli sta jih Vlasta Rožman in Anja Hrastovšek ob razširjeni sestavi ansambla Pro medico. Tudi letos je bila cerkev sv. Jakoba zasedena do zadnjega kotička (pridobili smo dodatnih 100 sedežev).

desetletja. Godalci ansambla Pro medico so soglašali. Zlasti sem bil zadovoljen s to odločitvijo, ker smo začeli z vajami s klavirskim triom D. Šostakoviča, njegovim drugim, op. 67 v e-molu. Tega je pri nas prvič izvedel sloviti trio bratov Lorenz. Za nepoznavalce glasbe tega vodilnega ruskega simfonika 20. stoletja je poslušanje tria »trd oreh«, ta glasba je ob prvem stiku okorna, polna disonanc, za nas izvajalce pa je »genialno napisana«: sicer tehnično zelo zahtevna, obenem melodiozna, glasbeno doživeta in polna domiselnih glasbenih rešitev. Šostakovič jo je napisal v Moskvi med vojno viхро leta 1944, ko mu je uspelo zapustiti oblegani Sankt Peterburg, posvetil pa jo je najboljšemu prijatelju I. Sollertinskemu, muzikologu in dirigentu Leningrajske filharmonije, ki je takrat umrl v Sibiriji še danes nerazjasnjene smrti. Sollertinski je bil Jud, zato je skladatelj v njegov spomin uporabil »tragični lajtmotiv«, arijo in ples vzhodnih Judov, t.i. Klezmer. Zgodovinsko je znan – in tudi politično zlorabljen – spreminjajoči se odnos Stalina do Šostakoviča: bil je deležen najvišjih državnih odlikovanj, obenem ga je sovjetsko kulturno ministrstvo obtožilo »buržoaznih« odklonov, tako da se je skladatelj bal deportacije v Sibirijo.

O oceni naše skupne igre naj priznam, da bi bila dobrodošla pred nastopom še kakšna vaja. Vendar to lahko ugotovi le dober poznavalec sodobne glasbe. Tudi letos smo za svetovalce pridobili glasbenike in profesorje komorne glasbe na ljubljanski Akademiji za glasbo iz družine Lorenz: žal Primoža, pianista, ni več med nami, muziciranje ansambla Pro medico sta poslušala violončelist Matija in violinist Tomaž, za kar smo jima hvaležni. Upam, da bo kdo med poslušalci koncerta Pro medico imel še kdaj v življenju priložnost poslušati trio D. Šostakoviča!

Ostali del sporeda, po uvodnem Šostakoviču, smo črpali iz zakladnice komorne glasbe slovanskih skladateljev, ki smo jih nekoč že izvedli. Naj poudarim, da je glasbena literatura za klavirski kvintet zelo pičla in da smo skoraj vso že javno predstavili (celo prazizvedbo domačega skladatelja A. Kumarja!). Zato ni bilo nič narobe, da

smo po večletnem premoru zaigrali celotni sloviti klavirski kvintet v A-duru op. 91 A. Dvořaka; ocenjujem ga kot vrhunsko delo te zvrsti komorne glasbe, ki še vedno razveseljuje s svojo slovansko melodiko in ritmi čeških ljudskih plesov tako poslušalce kot tudi izvajalce. Lahko smo ponosni, da smo na Slovenskem edini ansambel – klavirski kvintet z godali Pro medico, ki že desetletja igra in uspešno nastopa v tej sestavi! V spored smo pritegnili še krajše skladbe za ženski glas in klavirski trio; romance S. Rahmaninova nas zapeljejo z besedili Puškina v skrivnostne dežele Kavkaza. Koncert smo sklenili z biseri slovenske narodne ustvarjalnosti – s koroškimi pesmimi, ki jih je za Pro medico priredil profesor ljubljanske Akademije za glasbo Andrej Misson. Te narodne pesmice navdušujejo vedno tako domače kot tudi poslušalce v tujini.

In še nekaj besed o izvajalcih: jedro zdravniške glasbene komorne skupine je že desetletja nespremenjeno, smo trije »veterani«: violončelist Marko Zupan, nevrolog bolnišnice Celje, in Miha Benedik, nefrolog ljubljanskega UKC, jaz kot najstarejši, skoraj muzejski eksponat, sem pianist, edini nemedicinec je znani slovenski goslar in poklicni glasbenik Viljem Demšar, ki je naš violist. Letos sta se ansamblu priključila študenta medicine, violončelist Jan Štangelj (namesto onkologa, profesorja Zvoneta Rudolfa) in violinist Andrej Gubenšek, ki ima vse kvalitete, da bo enkrat nasledil Marka Zupana.

Kot gostja je v Šostakovičevem triu nastopila mlada obetavna violončelistka Tina Gregorc, ki je pred leti že igrala v orkestru Pro medico. Romance Rahmaninova je zapela Vlasta Rožman, (pred leti smo jo občudovali kot Bess v operi G. Greshwina!), danes zdravnica specializantka interne medicine za bolnišnico Brežice. V ansamblu, ki je spremljal pevki koroških narodnih pesmi, sta nastopili še flavtistka, študentka medicine, Alja Koren in kontrabasistka Sara Souidi (bivša študentka medicine). V pevskem duetu je nastopila še nemedicinka, študentka Anja Hrastovšek.

V nagovoru sem se zahvalil vsem sponzorjem, brez katerih



Po izvedbi Romanc S. Rahmaninova. Pomlajen trio Pro medico s študentoma medicine, čelistom Janom Štangljem in violinistom Andrejem Gubenškom. Zapela jih je zdravnica Vlasta Rožman.



Prijetno druženje v odmoru koncerta pred cerkvijo sv. Jakoba v Stari Ljubljani.

koncerta Pro medico ne bi mogli uresničiti. »Na prvem mestu« župniku g. Jožetu Kozalju, ki nam je za naš »koncertni oder« več let prepuščal manjšo cerkev sv. Florjana, sedaj pa veliko večjo, sv. Jakoba (ki ima sicer več sedežev kot ljubljanska stolnica!), in nam obenem tehnično pomaga urediti cerkev za nastop. V znak pozornosti mu je KUD KC in MF namenil steklenico vina, predsednica KUD-a prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec pa mu je izročila pred kratkim objavljeno Ars medici 2009 – drugi zbornik z novejšo zgodovino naše kulturne dejavnosti v UKC in MF. Koncerta se je udeležil tudi predsednik Društva za oživljanje kulturne podobe starega mestnega jedra Ljubljane, Janoš Kert, ki je prevzel »logistiko« za organizacijo koncerta. Kot vsako leto, so kot sponzorji nastopili UKC, Slovensko zdravniško društvo, Zdravniška zbornica Slovenije, vsak s svojim prispevkom, delno »v naturi«, s finančnim prispevkom pa Javni republiški in Mestni sklad RS za kulturne (ljubitelske) dejavnosti, tovarni zdravil Lek in Krka. Tudi cvetličarna Gardenia in gostišče Štokrlja sta nas razbremenila dodatnih stroškov.

Kot sem pojasnil v obširnem »koncertnem listu«, smo ljubiteljski glasbeniki skupine Pro medico hvaležni poslušalcem, ki vedno do zadnjega kotička napolnijo prostor, kjer nastopamo (tudi letos

smo naročili iz Festivala dodatnih 100 sedežev, kar je bilo pre malo!). Res je večina poslušalcev zdravnikov, vendar na koncerte Pro medico redno prihajajo številni Ljubljanci, pa tudi kakšen turist; najavo in spored koncerta je moč zaslediti po oglasnih panojih v mestu in tudi v dnevnem in turističnem tisku.

Fenomen, da zdravniki uspešno muziciramo, je znan. Lahko smo ponosni, da smo edini poklic, v katerem se toliko izobražencev organizirano ukvarja z umetnostjo. Še zlasti v Ljubljani.

Foto: Andraž Cerar

Izvleček iz pisma Janeza Čepļjaka, predsednika Mešanskega pevskega zbora dr. Bogdan Derč, decembra 2003 ob skupnem nastopu *ad hoc* orkestra Pro medico, solistov in pevskega zbora:

»Spoštovani dr. Pavle Kornhauser. Nastop v Slovenski filharmoniji se nam je vtisnil globoko v spomin. Res je bil ta dogodek Vaš in naš skupen podvig, uresničenje vaše dolgoletne želje postaviti *Porgy and Bess* (odlomkov iz opere G. Gershwinna) na oder. Ponosni smo, da smo bili del te čudovite celote. Z nasmeškom in spodbudo ste se obračali do nas vseh nastopajočih in dokazali, da zmoremo več, kot smo se lahko nadejali. Niso uživali le poslušalci, uživali smo tudi mi nastopajoči.«

Zdravniški komorni koncert Pro medico obiskujem že od vsega začetka. Pripadam generaciji »Medicinci 45«, to je generaciji, ki je vzela Hipokratovo prisego zelo, zelo resno in bila vseskozi ponosna na svoj poklic. Imamo zelo razvit čut pripadnosti še danes in smo ponosni na vsak dosežek, ki ga ustvarijo kolegi, tako v stroki kakor tudi v umetnosti. Pravkar smo proslavili 65. obletnico našega vpisa na popolno medicinsko fakulteto.

Očarljiva cerkev sv. Florjana je postala kmalu pretesna za vedno bolj bogata koncertna izvajanja in množice poslušalcev. Stvaritve marljivih kolegov ljubiteljskih glasbenikov so bile zato predstavljene pred čudovito baročno umetnino Robbovega oltarja.

Junjski koncert 2010 se mi zdi dogodek, ki ima še posebno izrazit pozitiven naboj. Zima je za nami, pričenja se poletje, večeri so topli in srečanja med in po koncertu ob soju sveč imajo svoj čar. Tu so družimo s starimi prijatelji in mladimi kolegi, s katerimi se sicer redno srečamo, in pogovori stečejo o preteklosti in aktualnih problemih.

Občudujem vztrajnost, marljivost in visoko umetniško kvaliteto vseh izvajalcev. Zato vse čestitke njim in organizatorjem, zlasti profesorju Pavlu Kornhauserju.

Prim. dr. Nasta Pirc Delak

Zdravje, naše največje bogastvo

Anton Grad

Sloenci najbolj cenimo zdravje. Vsaj tako pravi-
jo rezultati anket. Koliko pa Sloenci cenijo svoje
zdravnike, ki skrbijo za njihovo zdravje? Upam si
trditi, da bolniki zelo cenijo svoje zdravnike. Tisti pa,
ki imajo le slučajna srečanja ob odobritvi bolniškega
dopusta, in tisti, ki redko prestopijo prag ambulante,
imajo ne samo slabo, temveč že kar sovražno mnenje.
Naj opišem nedavni dogodek, ko sem prodajalki v
trgovini, ki me je prvič videla in se ji ni sanjalo, da sem
zdravnik, povedal, da se mi je pokvaril aparat, kar se
glede na servisno knjižico nikakor ne bi smelo zgoditi.
Nato mi prodajalka odvrne: »Da, imate prav. Lahko se
pritožite proizvajalcu, a saj veste, da proti firmam nič
ne morete. To je tako kakor proti zdravnikom. Vsaj
tako pravijo. Sama sicer ne vem.« Njena opazka me ni
začudila. Nenehno ponavljanje delnih resnic preide v
ponavljanje polresnic in le še korak je do pavšalnega
posploševanja neresnic. »Neresnico je treba pona-
vljati toliko časa, da postane resnica.« Tako nekako
je zapisal v svoj dnevnik Joseph Göbbels, minister za
propagando tretjega rajha.

Naj kot primer navedem mesečno lestvico javnih
»zaslužkarjev«. O groza vseh groz! Sami zdravniki!!!
Saj so hujši od dacarjev, se širi ljudski glas. A še nikoli
nisem videl, da bi vsemogočni mediji objavili, kolikšen
je neto zaslužek v dežurni uri. O naših dežurstvih
imajo laiki zelo izkrivljeno mnenje. Najblažje je, da
samo sedimo ali celo ležimo in poslušamo žvenket
evrov, ki skačejo v naše denarnice. Pred leti mi je neka
novinarica nekako obtožujoče rekla, da tudi ona dežu-
ra, in to brezplačno. Namreč, če je kakšen pomemben
dogodek, mora biti dosegljiva, da napiše poročilo o
tem. Povabil sem jo v svoje dežurstvo na urgenco, a
je ni bilo. V dežurstvu sem doživel kar nekaj fizič-
nih napadov; verbalni so seveda nekaj vsakdanjega.
V enakem času moja tedanja prijateljica policistka
ni doživela nobenega fizičnega napada. Toda nekaj
drugega je veliko bolj hudo in neprijetno od verbalnih
ali celo fizičnih napadov: čeprav že več kot leto dni
ne dežuram več, me preganjajo misli, ali sem res vse
in prav naredil v dobro bolnikov, ki sem jih gledal v
dežurstvu.

Zakaj smo zdravniki grešni kozli? Zato, da z
demagoškimi izjavami o enakih želodcih politiki in
zavarovalničarji mečejo pesek v oči množicam, da
ne vidijo zgrešene zdravstvene politike v zadnjih 30

letih, kolikor časa iz žabje perspektive kot »insider«
na lastni koži doživljam recidivno-remitentne zagone
jalovih reform. Politiki (in zavarovalničarji) ljubijo
potrpežljive, ubogljive povprečneže. Toda, ali smo
zdravniki povprečneži? Ne, nikakor ne. Za zdravni-
ški poklic smo se ne samo odločili že v osnovni šoli,
temveč se je tedaj začelo več kot dvajsetletno garanje
do specialističnega izpita, nato pa stalno izobraže-
vanje. Vedno smo bili med najboljšimi v šoli, da smo
zbrali dovolj točk, da smo sploh lahko prestopili prag
medicinske fakultete. Nato šest let študija, veliko več
vaj kot na drugih fakultetah, na gore knjig v tujem
jeziku. Nato specializacija v tistem življenjskem ob-
dobju, ko si vrstniki ustvarjajo dom, družino. Ali se je
kdo vprašal, kako se počuti mlada mamica, zdravnica
specializantka, ko v ponedeljek zjutraj zapusti jokajoče
otroke in šteje dneve do petka, ko jih zopet vidi? Če v
petek in za vikend ni dežurna v domači ustanovi, se-
veda. In nato zaradi zaslužka za nadurno delo posluša
očitke o lahkem zaslužku! Študij od izpita do izpita,



po specialističnem izpitu pa od enega do drugega licenčnega obdobja. Povprečen Slovenec pa v istem obdobju prebere eno do dve knjigi na leto; drugo čtivo pa predstavljajo tabloidi in jedilni listi. Mimogrede: ta zavodnik tipkam med finalom svetovnega prvenstva v nogometu, saj sem dopoldan kljub nedelji preživel v bolnišnici. Plačali mi bodo dve naduri. Kljub temu naj povem, da nisem bil edini. Srečal sem pol ducata kolegov, ki so prišli pogledat svoje bolnike tudi v nedeljo, čeprav niso bili na listi dežurnih.

Verjetno si politiki želijo časov izpred 30 let. Tedaj sem končal staž in sem čakal na rešitev razpisa, na katerega sem se prijavil. V vmesnem času pa sem bil brezposeln. Ker sem imel pravico do denarnega nadomestila, sem se napotil na zavod. Tam je bil zelo prijazen možakar, ki je pregledal mojo dokumentacijo, ugotovil, da sem opravičen do nadomestila, in začel računati, koliko bo to zneslo, a je nenadoma svoje delo prekinil: »Vi ste bili zdravnik pripravnik, kajne? No, torej je bila Vaša plača tako nizka, da ni treba računati zneska, saj je najnižji znesek nadomestila za brezposelnost večji od zakonsko določenega deleža Vaše plače.« Prevedeno v pogovorni jezik: zdravniki pripravniki smo imeli po toliko letih naporenega študija tako bedne dohodke, da smo prejeli najnižje nadomestilo, ki ga je prejel vsakdo, ki je opravljal kakšno delo več kot zakonsko določeno število mesecev, ne glede na izobrazbo, zahtevnost dela, odgovornost pri delu itd.! Tedaj sem se smejal, a sem se tudi prvič nelagodno počutil, da sem zdravnik. Ne dovolimo, da se takšni časi povrnejo.

Ob razmišljanju o delu zdravnikov ne morem mimo tragične zgodbe svojim bolnikom predanega kolega B.Š., dr. med., iz Kočevja. Utrpel je tromboembolijo v poplitealno arterijo ob neprepoznani (ali z njegove

strani zanikani?) fibrilaciji atrijskih. Kljub hudi ishemični bolečini v nogi je najprej opravil svojo ambulanto, nato pa vprašal na reševalno službo, ali bodo koga peljali v Ljubljano. »Če boste imeli kaj prostora, ali me lahko peljete zraven? Ne morem voziti, ker me noga ne uboga.« Kasneje je na prvi dan dopusta utrpel možgansko kap. Zjutraj smo se dogovorili za premostitev iz Izole v Ljubljano, a do popoldneva – kakšna ironija – za našega kolega ni bilo prostega reševalnega avtomobila. Nato je bil prepeljan v UKC brez spremstva. Po prihodu v Ljubljano se mu je stanje močno poslabšalo. Tudi zaradi tega dogodka so spremenili protokol prevozov nepokretnih bolnikov.

Več kot 30 let stalno poslušam, da so »razmere težke, zato moramo razumeti stiske bolnikov, se zaradi etike odreči zakonsko določenemu počitku, racionalizirati (beri: se odreči plačilu) nadurno delo, dežurstva, zmanjšati čakalne dobe, odložiti nabave« itd. Halo? Delati preko delovnega časa in zmanjšati nadurno delo? Pa saj to je prava umetnost! Nekako kot »subileus«: stisniti in prd... hkrati. Dovolj mi je demagogije o (j)etičnem pogonu brez ustrezne opreme, ob omejitvah zdravil, ob nedopustnih čakalnih dobah; dovolj mi je dela v neustreznih, prenatrpanih, neklimatiziranih prostorih. Vsakega bolnika, ki se mi, popolnoma opravičeno, pritoži nad navedenim, mirno in vljudno napotim, da se pritoži tistim, ki nam režejo zdravstveni kruh: na zavarovalnico in na ministrstvo za zdravstvo (že leta bedasto imenovano ministrstvo za zdravje). Resnično ne vidim razloga, da bi na svoja, vedno bolj šibka pleča jemal pritožbe, s katerimi se osebno strinjam, samo zato, da bi ohranil lepo fasado našemu zdravstvu. Začuda so vsi, ki jim tako odvrnem, razumevajoči.

Spoštovane kolegice, dragi kolegi: DOST' 'MAM!

Kaj pa vi?

Prosta delovna mesta od 1. avgusta le na spletni strani zbornice

Spoštovani bralci Izide, če ste slučajno spregledali obvestilo v prejšnjih številkah naše revije, vas ponovno obveščamo, da so razpisi za prosta delovna mesta v enotni obliki od 1. avgusta dalje objavljeni le na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije, nič več v reviji Isis. Vse, ki bi želeli objaviti oglas, zato prosimo, da izpolnijo obrazec, nameščen na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije (<http://www.zdravniskazbornica.si/zs/996/zaposlitveni-oglasi>).

Seznam prostih delovnih mest je objavljen na zaprtem delu zbornične spletne strani, dostopnem le za člane zbornice. Za vstop v zaprt del potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ste ju prejeli po pošti. V primeru, da ste ju založili, se obrnite na Milana Kokalja (01 30 72 172).

Če želite razpis za prosto delovno mesto vendarle objaviti tudi v reviji, se lahko odločite za plačan oglas. Za nadaljnje informacije se obrnite na uredništvo Isis (01 30 72 152).

The professional public journal of the Medical Chamber of Slovenia

The Isis Journal is issued on the first day of each month. The annual subscription for non-members is 49,20 EUR. A single issue costs 4,10 EUR. The tax is included in price. Manuscripts are not returned to authors. An honorarium is paid for selected articles. Printed 8500 copies. Postage for the Journal Isis paid at the 1102 Ljubljana post office.

The name of the journal is by the Isis, an Egyptian goddess, of all the gods and goddesses. The legend describes her as both the sister and the wife of Osiris, the first king in history. Isis had healing powers. She could also give new life into the body with her wings. According to the legend, her power extended all over the world. Each person is a drop of her blood. She was considered as the founder of medicine. A detail on a granite sarcophagus of Ramses III from the 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. **Gordana Kalan Živčec**, M. D.

gordana.kalan-zivcecz@zzs-mcs.si

The vice-presidents of the Medical Chamber

Prof. **Mitja Košnik**, M. D., Ph. D.

Sabina Markoli, D. M. D.

The President of the Assembly

Uršula Salobir Gajšek, M. D.

The vice-president of the Assembly

Diana Terlevič Dabič, D. M. 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, D. M. D.

The president of the Legal-ethical committee

Prim. 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

Prim. assist. **Dean Klančič**, M. D.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Mojca Vrečar, M. B. A.



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

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.

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.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.