

ISIS



Prvi učitelji popolne Medicinske fakultete s predstavniki vlade leta 1945

Kdo nam želi krojiti usodo?

Tretje tisočletje je tisočletje medijev. Prav leto, ki je za nami, nam je na najbolj neposreden, grobo realen in povsem neobčutljiv način dokazalo, da je tako. Četudi smo zdravniki že nekaj let soočeni s povsem nerazumljivim in pogosto tudi neupravičenim medijskim obtoževanjem ter pritiski, ki so bili izjemno težki, so ti pritiski v minulem letu prestopili mejo vzdržnega. Še nikoli ni bilo tako težko opravljati zdravniškega poslanstva, kot ga je zdržema in dostojanstveno opravljalo slovensko zdravništvo in zobozdravništvo v letu 2009.

Prav zagotovo se ne znajdemo dobro pod žarometi, ker nanje nismo navajeni. Prav zagotovo ne razumemo, kaj smo zagrešili, če se trudimo v skladu z možnostmi, ki so nam na razpolago. Prav tako ne želimo prikazati svojega dela v luči idealnega in božanskega, četudi bi si nekateri to želeli in na tihem to celo pričakujejo od nas. Smo pa zagotovo soočeni z nepojmljivo, nevzdržno situacijo, ko se bojimo že skoraj pri vsaki odločitvi v procesu zdravljenja. Takrat je v nas vse bolj prisotno razmišljanje, kaj bi lahko šlo po zlu in kako se bo na to odzval del javnosti, ki je vedno pripravljen na zakon ulice.



Dejstva iz vsakdanjika so suhoparno realna. Zlorablja se posamezne izjemno tragične osebne in družinske tragedije za posplošeno obtoževanje in nepojmljivo grobost v izražanju. Izrablja se vsako priložnost zdravništvo tudi notranje polarizirati in postaviti na različne bregove. Nobeno resorno ministrstvo ne poskuša svojega področja tako neposredno diskreditirati v javnostih, kot to počne prav naše.

Celo najbolj izkušen del zdravništva, upokojeni zdravniki, so bili dobesedno zavedeni z ne slučajno medijsko kampanjo. Izrazito tendenciozno se je prikazovalo povečanje članarin, ob tem pa ne pojasnilo, kaj to dejansko pomeni. Upokojeni zdravniki so izjemno pomemben del članstva zdravniške zbornice. Celotna skupina so najštevilčnejši, presegajo skupno število zdravnikov splošne medicine! Aktivno sodelujejo v mnogih organih in odborih ter prispevajo pomemben delež odločitev.

Eno od najbolj stanovsko prijetnih srečanj je bilo letošnje srečanju oražnovcev. Veliko smo se pogovarjali in neposredno, pristno izmenjevali izkušnje in stališča. Pristopil je starejši kolega in mi rekel: »Poslušaj, ti si čisto v redu dekle, si tudi oražnovka in zato si mi še bolj pri srcu, pa vendar, to kar ste naredili s članarino, se mi zdi nezaslišano!« Na moje pojasnilo, da smo članarino sicer v odstotku dvignili za zelo pomemben delež, da pa je to realno 9 evrov mesečno, se je začel skoraj opravičevati, da dejansko ni bil dovolj dobro poučen. Skupaj sva ugotovila, da je to znesek, ki ga zagotovo zmore vsak upokojeni zdravnik in zobozdravnik, ker to ni le prejemanje mesečne revije Isis, temveč veliko več, dostop do vseh pravic, tudi finančne pomoči ogroženim upokojenim članom in priložnosti za udejstvovanje v stanovski organizaciji, ostati povezan s stroko, kot jo ima tudi član, ki plača pomembno višjo članarino. Zdravniki smo v duši socialni in solidarni, ob tem pa tudi pošteni in iskreni. Strinjala sva se, da ima razvoj svojo ceno, da pa je ta silno primerna glede na vložena sredstva. Prav tako je kolega sam povedal, da je bolj »slišal« tisto, kar je »govorila ulica«, kot pa se dejansko ne strinjal z višino članskega prispevka. Razšla sva se z iskrenim stiskom rok in globokim prepričanjem, da zdravniki zmoremo preseči tudi razlike v naših razmišljanjih in delovati za skupno dobro. Zdravniki smo ponosni na dejstvo, da je prav naš članski prispevek tisti, ki zagotavlja delovanje stanovske organizacije, brez sofinanciranja farmacevtske industrije, in smo že s tem neodvisni in samostojni. To pa očitno nekomu ni po godu.

Povsem drugače je v primeru sprejemanja predloga nove zakonodaje. Koordinacija zdravniških organizacij je nekajkrat ponudila in poudarila pripravljenost partnersko sodelovati pri pripravi reforme na področju zdravstva, ki jo zagotovo potrebujemo, tako v interesu bolnikov kot tudi zdravnikov. Vendar smo naleteli na povsem »gluha ušesa« in neverjetno sprenevedanje, ki je legitimne predstavnike zdravništva postavilo v položaj splošnih javnosti. Ko je bilo očitno, da predloga zakona, ki naj bi šel v nadaljnji parlamentarni postopek, ne bomo mogli izvajati, in še huje, da za bolnike ne prinaša nobene izboljšave, je moral poseči v dogajanje celo predsednik vlade in naložiti resornemu ministru, da vzpostavi partnerski dialog z zdravniki, ki bomo lahko prispevali pomemben strokovni delež v izboljšavi delovanja zdravstvenega sistema v prihodnje.

Glavna pozornost medijev in javnosti je bila zelo subtilno in z neverjetnim sprenevedanjem odgovornih preusmerjena od obravnave resnih problemov v zdravstvu k osebnim tragedijam, ki nikogar med nami ne pustijo brez občutka sočustvovanja in obžalovanja. Potrebna bi bila resna javna obravnava, kakšno zdravstvo želimo v prihodnje. Kako zagotoviti bolnikom pravice, ki so jim zapisane na papirju, pa jih zaradi omejitev v sistemu ne morejo uresničiti, pa naj gre za dostop do diagnostične preiskave, pregleda pri zdravniku ali zdravljenja? Kako zagotoviti število zdravnikov, ki bodo te storitve tudi opravili? Kako zagotoviti zdržno financiranje, ki ne bo še nadalje posegalo v osebne finance državljanov? Za dialog sta potrebna vsaj dva. Prav zagotovo pa bi se nas našlo še veliko, od drugih zdravstvenih delavcev, civilne družbe in splošnih javnosti, ki si želimo tak dialog pri odgovornem ministru. Soočeni pa smo s tem, da

nam lekcije o učinkovitosti delijo prav tisti, ki so nas pripeljali v sedanjo situacijo. Ali nam bodo prihodnost napisali tisti, ki so odgovorni za zgodovino?

Ker pa je konec leta, je pomembno povedati, da je za nami težko, naporno in tudi izjemno težavno leto. Verjetno tega ne čutim le sama, temveč je to izkušnja večine slovenskih zdravnikov in zobozdravnikov. Pa vendar smo prebrodili močne viharje, preživeli hude preizkušnje in okrepili naše vrste. Dokazali smo, da je naša moč naše znanje, naš ugled naša predanost delu in da sta naša prihodnost in usoda v naših rokah. Vse življenje se učimo, vse življenje se izpopolnjujemo, rastemo duhovno, strokovno in osebnostno. Na izkušnjah minulega leta smo se zagotovo veliko naučili, kar bomo s pridom uporabili v prihodnjem letu, za dobrobit naših bolnikov in slovenskih zdravnikov.

Dragi slovenski zdravniki in zobozdravniki,

v vseh težkih trenutkih ste mi pomagali premagovati na videz nepremostljive ovire, za kar se vam iskreno in od srca zahvaljujem. Okrepili ste moje globoko prepričanje, da so ljudje v osnovi dobri, iskreni in pošteni in da se v stiskah spoznajo veliki ljudje. Da to, kar mislijo, tudi govorijo in predvsem tudi delajo. Ponovno smo dokazali, da smo le skupaj močni in neodvisni. Ponosna sem na prav vsakega med vami, ki se vsakodnevno predaja svojemu plemenitemu poslanstvu in dostojno predstavlja naš stan tako v javnostih kot pred našimi bolniki in pomaga, da svojo usodo pišemo sami. In prav zagotovo sem ponosna, da sem slovenska zdravnica, ter vam želim veliko dobrega v prihodnjem letu.

Vaša Gordana Kalan Živčec



*Veliko sreče, zdravja in miru,
topline in zadovoljstva.
Veliko novega in vzpodbudnega,
doseženega in osvojenega.
Naj vse ovire postanejo premostljive,
vse, kar je bilo predaletč, dosegljivo,
vse, kar je bilo nemogoče, mogoče.
Vse, kar pa se ne bo uresničilo,
naj ostane v duhu upanja, vztrajnosti in poguma!*

Vaša Zdravniška zbornica Slovenije

Namesto voščilnic smo denar nakazali v humanitarne namene.

KAZALO

Prvi predavatelji (pisani poševno) na popolni Medicinski fakulteti v Ljubljani avgusta 1945 in predstavniki Univerze ter vlade. Prva vrsta z leve: *mikrobiologinja Milica Valentincič Petrovič*, Zdenka Kidrič, minister za zdravje Marjan Ahčin, Boris Kidrič, *pediater Bogdan Derč*, France Kidrič, *nevrolog Ivan Marinčič*. Druga vrsta z

leve: *kirurg Božidar Lavrič*, Juš Kozak, *infektologinja Sabina Praprotnik*, Milko Kos, *dermatovenerolog Jernej Demšar*, *zgodovinar medicine Ivan Pintar*, *anatomka Valentina Kobe*. Tretja vrsta z leve: *internist Igor Tavčar*, *forenzik Janez Milčinski*, *radiolog Josip Hebein*, Fran Ramovž, *biokemik Dušan Štucin*. Zadnja vrsta z leve: Ferdo

■ UVODNIK

Kdo nam želi krojiti usodo? 3
Gordana Kalan Živčec

■ ZBORNICA

Dobrodošli v Domus Medica 10
Marko Demšar

Nasprotujmo vsem oblikam nasilja v zdravstvu – prijavimo nasilni dogodek! 12

Pravica delodajalca do pridobivanja podatkov o navodilih delavcu za čas bolniške odsotnosti 14

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe 14

■ PERSONALIA

Opravljeni specialistični izpiti 20

■ IZ EVROPE

Linz – prestolnica kulture 2009, kmalu tudi mesto medicinske univerze? 22
Marjan Kordaš

Bolnišnice v Švici svarijo, da je premalo kadra 22
Marjan Kordaš

Konec z raziskovanjem »v luninem svitu« 23
Marjan Kordaš

Energetiki kot zdravilci? Paciente varajo! 23
Marjan Kordaš

■ ZDRAVSTVO

Akademik prof. dr. Jože Trontelj odlikovan z Zlatim redom za zasluge 24

Redna letna skupščina Sveta zobozdravnikov EU 25
Matjaž Rode, Gordana Čok

Novo vodstvo Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije 26

Ustanovili smo združenje zasebnih organizacij na sekundarni ravni 27

Sporočanje zahtev v zdravstvu: Previdno s spiskom želja 30
Damjana Pondelek

■ FORUM

Zdravljenje je kaznivo dejanje 31
Vojko Flis

Zdravstvo je moralna vrednota družbe, ne pa ekonomski porabnik vsemogočnega trga 37
Davorin Dajčman

Razkrivanje zmotljivosti, pomanjkljivosti in napak v zdravstvu in drugod 38
Dušan Nolimaj

Kdaj bomo porodničarji in ginekologi Slovenije imeli krovnno nacionalno združenje? 39
Živa Novak Antolič

■ ZANIMIVO

Prvi učitelji polne Medicinske fakultete v Ljubljani 42
Zvonka Županič Slavec

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije 44
Velimir Vulikić

Partizanska bolnišnica »Zalesje« 45
Klelija Potokar

Dan žalostnega spomina na bombardiranje Novega mesta 48
Franc Štolfa

Ko knjižničarka na rajžo gre 49
Nana Turk

■ MEDICINA

Sodobni pristop in zdravljenje primarne nočne enureze pri otrocih 51
Anamarija Meglič

Vaginalni obroček - nova oblika hormonske kontracepcije 53
Darija Strah

Nov, kroničen način zdravljenja erektilne disfunkcije z zdravili 57
Ciril Oblak

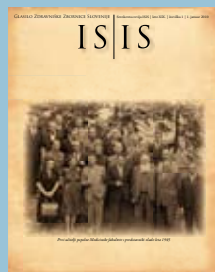
Tečaj medicine v divjini in na (visokogorskih) odpravah 58
Jurij Gorjanc

Drugi mednarodni simpozij o neugodni podhladitvi 61
Iztok Tomazin

Psihološke ovire pri zdravljenju diabetesa 64
Darja Lovšin

Kozak, okulist *Leopold Ješe*, patolog *Franc Hribar*, Josip Vidmar, ortoped *Bogdan Breclj*, ginekolog *Pavel Lunaček* in biolog *Hubert Pehani* (iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL)

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



- Stremljenja in dosežki v stomatologiji 66
Željko B. Jakelič
- Izjava praške delavnice o beljenju zob 68
Gordan Čok
- Otokirurgija na letnem srečanju nevroloških kirurgov ZDA – kultura odličnosti 69
Saba Battelino
- Presaditev pljuč in možnosti kirurškega zdravljenja pljučne hipertenzije 71
Barbara Salobir
- Neonatalna farmakologija 73
Borut Bratanič

■ STROKOVNE PUBLIKACIJE

- »Navodila za bolnike« – nova zbirka v nizu prizadevanj zdravnikov družinske medicine 76
Ksenija Tušek Bunc
- Izzivi študentov medicine 78
Jasmina Golc, Mojca Obran

■ OBLETNICA

- Devetdeset let slovenske splošne bolnišnice v Mariboru 79
Gregor Pivec, Elko Borko
- Portret prof. Pavleta Kornhauserja, zdravnika pediatra, glasbenika organizatorja, publicista in še kaj – ob njegovi 85-letnici 81
Anica Mikuš Kos
- Bil je nepozaben večer... 85
Tomaž Rott

■ S KNJIŽNE POLICE

- Jerneja Jezernik: Alma M. Karlin – državljanka sveta 87
Marjan Kordaš

■ STROKOVNA SREČANJA 89

■ DELOVNA MESTA 99

■ ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

- Srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov 103
Marjana Šalehar
40. zdravniški koncert ob Plečnikovem memorialu 106
Zvonka Zupanič Slavec
- Razstava prof. dr. Antona Dolenca ob 30-letnici KUD-a 109
Barba Štemberger Zupan

Vaginalni obroček - nova oblika hormonske kontracepcije

Darija Strah



Tečaj medicine v divjini in na (visokogorskih) odpravah

Jurij Gorjanc



■ SISI

- Vpliv alkoholiziranosti voznika na izid prometne nesreče 111
Teran Vinko, Kwartarna klinika Potrpina
- Potrkanost! 111
Igor Kočevar

■ ZAVODNIK

- O zlorabah medicine – od čarovniških napojev do umetne pridelave otrok in človeško-živalskih križancev 112
Jože Trontelj

Impressum

LETO XIX., ŠT. 1, 1. januar 2009

natisnjeno 8500 izvodov

datum tiska: dan pred izidom

UDK 61(497.12) (060.55)

UDK 06.05:61(497.12)

ISSN 1318-0193 CODEN: ISISF9

**IZDAJATELJ IN ZALOŽNIK /
PUBLISHED BY**

Zdravniška zbornica Slovenije

The Medical Chamber of Slovenia

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

T: 01/ 30 72 100, F: 01/ 30 72 109

E: isis@zzs-mcs.si

Transakcijski račun: 02014-0014268276

PREDSEDNICA / PRESIDENT

prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med.

UREDNIŠTVO / EDITORIAL

OFFICE

Dalmatinova 10, p. p. 1630,

1001 Ljubljana

W: <http://www.zdravnikazbornica.si>

Isis online: ISSN 1581-1611

T: 01/ 30 72 152, F: 01/ 30 72 109

E: isis@zzs-mcs.si

ODGOVORNI IN GLAVNI

UREDNIK / EDITOR-IN-CHIEF

AND RESPONSIBLE EDITOR

prof. dr. Eldar M. Gadžijev, dr. med.

E: egadzijev@onko-i.si

T: 01/587 98 97

TEHNIČNA UREDNICA,

LEKTORICA / EDITOR, REVI-

SION

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 Kovachič,

Simon Trampus, Primož Kalan

VisArt studio

Kvants-VisArt d.o.o.

Koprska ulica 94, 1000 Ljubljana

T: 01/257 67 41

TRŽENJE / MARKETING

Atelier IM d. o. o., Breg 22, Ljubljana

T: 01/ 24 11 930, F: 01/ 24 11 939

E: atelier-im@siol.net

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 tujejezičnim besedam in besednim zvezam. Če ni mogoče najti slovenske ustreznice, 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 bivališča, 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 sporočilna.

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

Asist. mag. Saba Battelino, dr. med., Klinični center, Klinika za otorinolaringologijo in cervikofacialno kirurgijo • **Prim. prof. dr. Elko Borko**, dr. med., Maribor • **Asist. dr. Borut Bratanič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Pediatrična klinika • **Gordan Čok**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Asist. Davorin Dajčman**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Prim. Marko Demšar**, dr. med., Ljubljana • **Doc. dr. Vojko Flis**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Jasmina Golc** • **Jurij Gorjanc**, dr. med., SB Slovenj Gradec • **Mag. Željko B. Jakelič**, dr. dent. med., Zasebna ordinacija Jakelič, Jesenice • **Prim. Gordana Kalan Živčec**, dr. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Igor Kočevar**, dr. med., Medik ambulanta Ljubno • **Akad. prof. dr. Marjan Kordaš**, dr. med., Ljubljana • **Darja Lovšin**, Zavod za izobraževanje o diabetesu • **Mag. Nina Mazi**, dr. med., Ljubljana • **Doc. dr. Anamarija Meglič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za nefrologijo • **Prim. Anica Mikuš Kos**, dr. med., Slovenska filantropija • **Mag. Dušan Nolimal**, dr. med., Inštitut za varovanje zdravja RS • **Prof. dr. Živa Novak Antolič**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Ginekološka klinika • **Prim. doc. dr. Ciril Oblak**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS kirurška klinika, KO za urologijo • **Mojca Obran** • **Odbor za pravno-etična vprašanja ZZS** • **Žarko Pinter**,

dr. med., Združenje organizacij zdravstvene dejavnosti GIZ • **Prim. asist. Gregor Pivec**, dr. med., Univerzitetni klinični center Maribor • **Damjana Pondelek**, Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o. • **Klelija Potokar** • **Izr. prof. dr. Matjaž Rode**, dr. dent. med., Zdravniška zbornica Slovenije • **Prof. dr. Tomaž Rott**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani • **Asist. Aleš Rozman**, dr. med., Bolnišnica Golnik, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo • **Doc. dr. Barbara Salobir**, dr. med., Univerzitetni klinični center Ljubljana, SPS Interna klinika • **Darija Strah**, dr. med., Diagnostični center Strah, Domžale • **Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije** • **Prim. mag. Marjana Šalehar**, dr. med., ZD Ljubljana • **Barba Štemberger Zupan**, KUD Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher • **Prim. Franc Štolfa**, dr. dent. med., Celje • **Prim. mag. Iztok Tomazin**, dr. med., ZD Tržič • **Akad. prof. dr. Jože Trontelj**, dr. med., Komisija Republike Slovenije za medicinsko etiko • **Nana Turk**, Univerza v Ljubljani, Medicinska fakulteta, Centralna medicinska knjižnica • **Prim. asist. Ksenija Tušek Bunc**, dr. med., ZD dr. Adolfa Drolca Maribor • **Prim. dr. Velimir Vulikič**, dr. med., Domžale • **Prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec**, dr. med., Medicinska fakulteta Univerze v Ljubljani, Inštitut za zgodovino medicine •

Dobrodošli v Domus Medica

Marko Demšar

Priznam, da vse do danes še nisem prebolel izgube poslopja na Komenskega 10 v Ljubljani, imenovanega dom slovenskih zdravnikov ali – še preje – sanatorij Emona.

Pol stoletja je, odkar sem prvič odprl njegova vrata in se včlanil v Slovensko zdravniško društvo. Od takrat me vežejo nanj številni spomini, ki se obujajo znova in znova – najpogostejše takrat, ko mi pogled objame prijazno stavbo in v njej zaživijo obrazi ljudi, ki so jo izpolnjevali s svojimi dejanji in načrti. Ko so bile včasih stene kar pretesno skupaj, da bi mednje šle vse ideje in aktivnosti, ki so zdravnikom in zobozdravnikom ohranjale ugled in pomen v družbi. Tudi v časih, ko so neprijazni vetrovi ogrožali plamen stanovske solidarnosti. Ta ni ugasnil: na Komenskega 10 je bil skrbno varovan!

Anton Dolenc, Pavla Jerina Lah, Stjepan Bunta, Marko Kolenc, Ruža Šegedin, Vasja Klavora, Jelka Gorišek, Bogdan Leskovic, Majda Ostan, Miroslav Kališnik, Stanka Simoneti, Marjan Jerše, Marjan Premik, Boris Šušteršič, Lea Talani, Jože Drinovec, Matjaž Rode, Srečko Košuta... so imena kolegic in kolegov, ki danes le še omejenemu krogu zdravnikov povedo, kako pomemben delež življenja Slovenskega zdravniškega društva se skriva za njimi; enako kot za številnimi predsedniki regijskih društev in strokovnih sekcij.

Zdravništvo je držalo skupaj!

Kdo se še spominja, kako sta bila leta 1963 diplomantom Medicinske fakultete odvzeta strokovna naziva »dr. med.« in »dr. stom.«? Kdo še ve, kako je skoraj 4000 zdravnikov in stomatologov podpisalo protest, ki ga je vodstvo Slovenskega zdravniškega društva izročilo predsedniku Skupščine Sergeju Kraigherju? Kdo še ni pozabil, kako smo s prostovoljnimi prispevki (1000 din po članu) nabrali toliko, da smo pričeli obnavljati dom slovenskih zdravnikov: stopnišče, streho, notranjost in nato vse potrebno dokončali z donacijo tovarne Eta iz Cerknega, kjer nam je stal ob strani direktor Rafael Mavri?

In kako držimo skupaj danes?

Ohranili smo zdravniško društvo in dobili svojo zbornico, Fides igra pomembno vlogo, Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije jo dobiva. Skupno nastopanje postaja v zadnjem času skoraj stalna praksa, ki se je pred kratkim potrdila tudi v dogovoru o nakupu novih prostorov za vse štiri zdravniške organizacije. Če so bila vodstva o tem – tudi po tehtanju *pro et contra* – soglasna, pa je med zdravništvom jasno razpoznaven pomislek, ali nam je to sedaj res potrebno.

Prvi ugovor je: zakaj prav v času recesije? Lahko pa je razmislek tudi tak: prav v času, ko je gradbeništvo v stiski in ko podjetja ne morejo računati na velike dobičke, je bilo mogoče iztržiti skoraj neverjetno nizko ceno in dobiti še nekaj drugih ugodnosti. Ker to ni bilo obešano na veliki zvon, so podtikanja

tiska prav neverjetna; jih pač draži, da te podatke ohranjamo zase (mimogrede: za vse člane zdravniških organizacij podatki niso tajni, vse pogodbe so dostopne). Tako je razumljivo, da novinarki uspe dobiti pred mikrofonom na gradbišče kolegico, ki ne zna povedati nobene dobre besede.

Da si predsednica zdravniške zbornice gradi stekleno palačo, je drugi najpogostejši očitek. Ta z resničnostjo nima nič skupnega: odločitev ni bila njena, vodstva zdravniških organizacij so bila tista, ki so pač znala pogledati v prihodnost. »Palača« pa je zelo racionalen in prav nič razsipen skupek prostorov, med katere sodi – prvič v zgodovini – tudi lastna predavalnica.

Da gre komu v nos na ta način potrjena enotnost zdravniških organizacij, je razumljivo. Težje pa je mogoče razumeti, da z istimi besedami, kot zdravništvu nenaklonjena javnost, ocenjujejo projekt Domus Medica kolegi iz naših vrst. Ti bi z večino svojih pomislov lahko razčistili, če bi le prelistali revijo Isis. V njej so bili večkrat opisani razlogi za sprejeto odločitev, ki jo bodo kasnejši rodovi zdravnikov in zobozdravnikov znali morda bolj ceniti. Ni nepotrebno, da sedanja generacija skrbi za svoj materialni položaj. Ni pa modro, da je to vse in da je stanovska solidarnost zapostavljena. Morda je za njeno obuditev ali osvežitev na mestu sedanje vabilo, prispevati za Domus Medica. Vabilo, da sledite Pavletu Košoroku, Ristu Angelskemu, Primožu Rešu in Ireni Vidic, ki med dosedanjimi donatorji izstopajo. S kakšnimi zneski? Vprašajte kar njih!

Velik del svojega časa, da ne rečem kar življenja, pa za izvedbo projekta daruje Nada Puharič. Prizadevna, dosledna in v pogajanjih s prodajalci in izvajalci nepopustljiva! Priznam, da med nami ne poznam nikogar, ki bi zmožogel tako zavzeto opravljati to delo in biti sočasno prok za poštenost celotnega projekta.

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

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 osebje 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, uporabniki, 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 veščin, kako ravnati v morebitnih nasilnih okoliščinah.

Ustreznejša od individualne oblike omejevanja 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 osebje, 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 patruljo. 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 opravila Zdravniška zbornica Slovenije, nedvoumno kažejo, da tudi slovensko zdravstvo ni zaščiteno 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, Zdravniška zbornica v letu 2010 začenja z zbiranjem anonimnih prijav nasilnih dogodkov. Tako zbrani podatki nam bodo v pomoč 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. Vprašalnik, ki je nastal v sodelovanju odbora za pravno-etična vprašanja in skupine za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom v stiski, je od januarja naprej na voljo na spletni strani zdravniške zbornice, objavljamo pa ga tudi v reviji Isis. Če ste že bili ali morda še boste na delovnem mestu izpostavljeni kakršni koli obliki nasilja, izpolnjen vprašalnik anonimno pošljite na naslov *Simona Peklaj, Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10, 1000 Ljubljana*, oz. ga oddajte prek spleta.

Anonimna prijava nasilnega dogodka nad zdravnikom oziroma zobozdravnikom

Datum nasilnega dogodka: _____		
Ura nasilnega dogodka: _____		
Vrsta nasilnega dogodka:		
Besedno nasilje	Telesno nasilje	Vedenjsko nasilje
<input type="checkbox"/> Kričaje <input type="checkbox"/> Grožnje zdravniku/zobozdravniku <input type="checkbox"/> Grožnje svojcem zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Nadlegovanje zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Nadlegovanje svojcev zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Ustrahovanje zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Ustrahovanje svojcev zdravnika/zobozdravnika <input type="checkbox"/> Spolno nadlegovanje z obscenim govorjenjem in neprimernimi komentarji	<input type="checkbox"/> Udarec <input type="checkbox"/> Opraskanina <input type="checkbox"/> Odrgnina <input type="checkbox"/> Ugriz <input type="checkbox"/> Brca <input type="checkbox"/> Zvin, zlom <input type="checkbox"/> Vbodna rana <input type="checkbox"/> Drugo	<input type="checkbox"/> Zasedovanje <input type="checkbox"/> Kazanje različnih žaljivih kretenj
Ukrepanje:	Kakšno pomoč potrebujem s strani zbornice (v primeru želje po pomoči pokličite na številko):	
<input type="checkbox"/> Prijava upravi zavoda <input type="checkbox"/> Varnostnik <input type="checkbox"/> Policija <input type="checkbox"/> Sodišče <input type="checkbox"/> Nič	<input type="checkbox"/> Svetovanje <input type="checkbox"/> Pravna pomoč <input type="checkbox"/> Nič	

Kratek opis nasilnega dogodka:

Pravica delodajalca do pridobivanja podatkov o navodilih delavcu za čas bolniške odsotnosti

Vprašanje glede posredovanja podatkov o tem, kakšna navodila je lečeči zdravnik podal bolniku za obdobje med bolniško odsotnostjo z dela, je odbor za pravno-etična vprašanja obravnaval 16. maja 2007. Odbor ni videl zadržkov na področju varovanja osebnih podatkov.

Odbor je 23. novembra 2009 ob konkretnem primeru iz prakse ponovno obravnaval vprašanje, ali lahko delodajalec zahteva, da mu izbrani zdravnik posreduje navodila, ki so bila dana delavcu med njegovo bolniško odsotnostjo z dela. Ugotovil je, da ima delodajalec ali od njega pooblaščen oseba na podlagi odločb Zakona o delovnih razmerjih pravico izvajati nadzor bolniškega staleža. Delodajalec ali od njega pooblaščen oseba ima brez soglasja delavca pravico do pridobivanja podatkov o navodilih delavcu s strani pristojnega zdravnika oz. pristojne zdravniške komisije, nima pa pravice do pridobivanja podatkov v zvezi z delavčevim zdravstvenim stanjem. Ti predstavljajo posebej občutljive osebne podatke, zato se lahko posredujejo delodajalcu le ob predhodnem izrecnem soglasju delavca.

V nasprotju s podatki o zdravstvenem stanju delavca navodila osebnega zdravnika delavcu glede počitka ali omejenega gibanja niso zaupni osebni podatki.

Informacijski pooblaščenec v publikaciji *Smernice za varstvo osebnih podatkov v delovnih razmerjih* razlaga takole: »Delodajalec ni upravičen do seznanitve s samo diagnozo delavca, je pa zaradi morebitnega preverjanja upravičene odsotnosti z dela upravičen do seznanitve z dejstvom o obstoju bolniškega staleža in režimom gibanja (ne pa tudi z režimom zdravljenja). Zdravnik torej sme na način, ki ne bo omogočil nepooblaščenega seznanjanja z osebnimi podatki, sporočiti podatek o tem, ali je delavec (upravičeno) zadržan od dela zaradi bolezni ali poškodbe (ki je nastala pri delu ali izven) ter koliko časa. Pooblaščenec na tem mestu opozarja, da navedenih podatkov ni priporočljivo posredovati preko telefona. V takšnem primeru komunikacije identiteta upravičenega prejemnika ni zagotovljena v zadostni meri.«

Odbor za pravno-etična vprašanja ZZS

Aktivnosti izvršilnega odbora in strokovne službe

Srečanje predsednika vlade z zdravniškimi organizacijami

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., se je v začetku decembra na povabilo predsednika Vlade Republike Slovenije Boruta Pahorja udeležila delovnega sestanka na temo predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti. Na srečanju, ki so se ga na predlog zbornice med drugimi udeležili tudi ostali člani Koordinacije zdravniških organizacij in predstavnik koncesionarjev, so se strinjali, da obstoječi Zakon o zdravstveni dejavnosti iz leta 1991 s svojimi rešitvami ne odgovarja na

izzive časa. Zato je potreben nov zakon, njegovi pripravljavci pa naj bi konstruktivno sodelovali tudi z zdravniškimi organizacijami, ki smo doslej predlog zakona že dvakrat soglasno zavrnilo.

Po napovedih premierja naj bi predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti vlada obravnavala januarja, ko bo usklajen in bo užival večinsko podporo tudi med zdravniki. Kot je dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, se bo ponovno dokazala slovenska zdravniška učinkovitost, ki bo prispevala k temu, da se zakon izboljša s predlogi, ki jim bo koordinacija lahko pritegnila, oziroma se ga napiše na novo. Po njenih besedah bomo zdravniške organizacije spoštovale roke, za katere smo se dogovorili s predsednikom vlade.

Izrazila pa je zadovoljstvo nad dejstvom, da je končno prevladala slovenska politična modrost.

Predstavniki zdravniških organizacij so tak sestanek pozdravili, a hkrati obžalovali, da ga ni bilo že pred poletjem, saj v tem primeru do znanih težav z zakonom ne bi prišlo. Predsedniku vlade so pojasnili, da se bodo čakalne dobe, če bo vlada vztrajala pri omejitvi zdravniškega dela na 222 ur, podaljšale, premier pa bo to moral pojasniti ljudem. Varna omejitev zdravniškega dela je namreč zelo dobro omejena že v Zakonu o zdravniški službi. Zdravniku, ki se ne čuti sposobnega delati več kot 17 ur skupaj, to ni treba. Po mnenju zdravniških organizacij pa je škoda, da ne bi smeli delati več tisti

zdravniki, ki to zmorejo in bi tudi radi. Kot je dejala predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., ni nujno, da bi bila Slovenija na tem področju bolj nepopustljiva, kot je potrebno. Zdravniške organizacije pa bomo vztrajale, da bomo normative in standarde o zdravniškem delu pripravile same in ne Zavod za zdravstveno zavarovanje, saj imamo največ znanja, izkušenj in relevantnih podatkov.

Poleg določitve zdravniških standardov in normativov se želimo zdravniške organizacije z Vlado Republike Slovenije dogovoriti in umestiti v nov predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti tudi naslednje predloge:

- vključitev kriterijev za določitev javne zdravstvene mreže v Zakon o zdravstveni dejavnosti,
- delo zdravnikov v skladu z evropskimi direktivami in Zakonom o zdravniški službi,
- regulirano članstvo v zdravniški zbornici kot edina varna pravna oblika ureditve sistema,
- avtonomnost in neodvisnost stroke pri sestavi razširjenih strokovnih kolegijev,
- enakost koncesionarjev z drugimi izvajalci,
- organizacijo vodenja javnih zavodov,
- urejanje pripravništva, specializacij in podiplomskega izobraževanja ter
- zagotovitev delovanja primarnega zdravstvenega nivoja v skladu z možnostmi države in zdravništva, s pravično dostopnostjo, ki ne temelji zgolj na deklarativni osnovi.

Rezultati ankete o predlogu Zakona o zdravstveni dejavnosti in delovanju Zdravniške zbornice Slovenije

Zdravniška zbornica Slovenije je v novembru med članicami in člani (prejemniki tedenskega biltena) izvedla krajšo anketo o stališču članov zbornice do predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti in

delovanja Zdravniške zbornice Slovenije. Vsem, ki ste pri tej anketi sodelovali, se iskreno zahvaljujemo.

Mnenje članstva nam je izredno pomembno, v tej luči pa potrebujemo tudi vašo usmeritev za še bolj uravnoteženo nadaljnje delovanje Zdravniške zbornice Slovenije. Na podlagi analize zbranih odgovorov in aktualnega dogajanja na področju sprejemanja pomembne zdravstvene zakonodaje bo izvršilni odbor Zdravniške zbornice Slovenije oblikoval strategijo nadaljnega dela in odzivanja v javnosti ter jo uskladi tudi znotraj Koordinacije zdravniških organizacij. Zavedamo se pomembnosti skupnega nastopa zdravniških organizacij, ki tako pokažemo enotnost, moč in namero slovenskega zdravništva, da ne bo pristalo na takšno zdravstveno zakonodajo, ki bi še poslabšala pogoje za varno delovanje zdravstvenega sistema. Z neurejenostjo v sistemu, ki bi nastala z uveljavitvijo predloga zakona, bi namreč izgubili vsi, tako uporabniki kot tudi izvajalci.

Glavne ugotovitve, ki izhajajo iz ankete, so:

- 75,2 odstotka sodelujočih v anketi se popolnoma strinja s stališči Koordinacije zdravniških organizacij, ki je tudi drugič argumentirano zavrnila predlog Zakona o zdravstveni dejavnosti. Takšno stališče Koordinacije zdravniških organizacij podpira 16,4 odstotka, delno pa ga podpira 3,9 odstotka sodelujočih. Nasprotno, 4,5 odstotka sodelujočih v anketi ne podpira oziroma nikakor ne podpira stališča Koordinacije zdravniških organizacij glede predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti.
- 96,7 odstotka sodelujočih v anketi podpira predlog, da Zdravniška zbornica Slovenije zadrži pristojnosti vodenja registra članov ter izdajanja članskih izkaznic kot eno izmed javnih pooblastil. Takšnemu predlogu pa nasprotuje 3,3 odstotka sodelujočih članov in članic Zdravniške zbornice Slovenije.
- 94 odstotkov sodelujočih v anketi podpira predlog, da Zdravniška zbornica Slovenije zadrži pristojnosti

dajanja, podaljševanja in odvzemanja dovoljenja za samostojno opravljanje dela zdravnikov kot eno izmed javnih pooblastil. Takšnemu predlogu nasprotuje 5,8 odstotka, delno pa se s takšnim predlogom strinja 0,2 odstotka sodelujočih članov in članic Zdravniške zbornice Slovenije.

- 93 odstotkov sodelujočih v anketi podpira predlog, da Zdravniška zbornica Slovenije zadrži pristojnosti načrtovanja, spremljanja in nadzora sekundarijata, specializacije in drugih oblik podiplomskega strokovnega izpopolnjevanja svojih članov s preverjanjem usposobljenosti kot eno izmed javnih pooblastil. Takšnemu predlogu nasprotuje 6,6 odstotka, delno pa se s takšnim predlogom strinja 0,4 odstotka sodelujočih članov in članic Zdravniške zbornice Slovenije.
- 95,2 odstotka sodelujočih v anketi podpira predlog, da Zdravniška zbornica Slovenije zadrži pristojnosti izvajanja strokovnega nadzora s svetovanjem kot eno izmed javnih pooblastil. Takšnemu predlogu pa nasprotuje 4,8 odstotka sodelujočih članov in članic Zdravniške zbornice Slovenije.
- 67,7 odstotka sodelujočih v anketi podpira internacionalizacijo problema glede načina trenutne priprave in sprejemanje zdravstvene zakonodaje v Republiki Sloveniji, od tega jih 45,5 odstotka meni, da je internacionalizacija vsekakor potrebna, 22,2 odstotka sodelujočih pa se z njo strinja. Internacionalizaciji problema je morda naklonjenih 19,5 odstotka sodelujočih v anketi, 10,1 odstotka jih takšnega predloga ne podpira, 2,7 odstotka sodelujočih članic in članov Zdravniške zbornice Slovenije pa mu odločno nasprotuje.

Podrobnejše rezultate ankete si lahko ogledate na naši spletni strani: <https://INTRA.zdravniskazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=587&ContentId=1575>.

Nedopustna in pravno nevzdržna dejanja Ministrstva za zdravje pri izdajanju soglasij v postopkih podeljevanja koncesij na primarni ravni

Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije prim. Gordana Kalan Živčec, dr. med., je na Ministrstvo za zdravje naslovila pismo, v katerem jih je pozvala, naj ponovno preučijo svoja dosedanja ravnanja pri podeljevanju koncesij na primarni ravni ter na podlagi veljavne zakonodaje sprejmejo takšne odločitve, ki bodo omogočile zaključek postopkov podeljevanja koncesij pri občinah. Zdravniško zbornico Slovenije je namreč več članov obvestilo, da Ministrstvo za zdravje že nekaj mesecev ne izdaja soglasij v postopkih podeljevanja koncesij na primarni ravni.

Zakon o zdravstveni dejavnosti v 1. odstavku 42. člena namreč določa, da koncesijo za opravljanje javne službe v osnovni zdravstveni dejavnosti podeli z odločbo občinski oziroma mestni upravni organ, pristojen za zdravstvo, s soglasjem ministrstva, pristojnega za zdravje.

Na podlagi te zakonske določbe in 209. člena Zakona o splošnem upravnem postopku bi Ministrstvo za zdravje moralo pisno podati svoje soglasje ali razloge za odklonitev soglasja.

V praksi pa Ministrstvo za zdravje soglasja k podelitvi koncesije jasno ne odkloni oziroma ga jasno ne podeli, temveč se z nejasnim dopisom sklicuje na bodočo zakonodajo. Konkretno Ministrstvo za zdravje v enem izmed v nadaljevanju citiranih dopisov občini javlja, da do sprejema nove ureditve zdravstvene dejavnosti v zvezi s koncesijami ne sprejema nobenih odločitev. S takšnim ravnanjem pa koncedentom na primarni ravni, to je občinam, ki so odgovorne za vzpostavitev in delovanje zdravstvenega varstva na primarni ravni, onemogoča opravljanje njihovih pristojnosti. Tako na vlogo za podelitev soglasja odgovarjajo z dopisom, da Ministrstvo

za zdravje *do sprejema nove ureditve zdravstvene dejavnosti v zvezi s koncesijami sicer ne sprejema nobenih odločitev, (...) kljub temu pa v primerih, ko gre za slabšo preskrbljenost v občini oziroma bi se zaradi upokojitve zdravnika ali iz drugih razlogov dostopnost do zdravstvenih storitev lahko poslabšala, želi tudi v tem obdobju poiskati ustrezne rešitve.*

Občini Šmarješke Toplice, za katero Ministrstvo za zdravje ugotavlja, da je glede na slovensko povprečje slabše preskrbljena z zdravstvenimi storitvami in imajo zato njeni prebivalci tudi slabšo dostopnost do svojega zdravnika, tako predlaga, da naj kljub temu, da je občina našla kandidata za koncesionarja, ponovno prouči možnosti, da zaposlijo novega zdravnika ali na drug ustrezen način. Pri tem se Ministrstvo za zdravje sklicuje na bodoči zakon: *Po novem zakonu o zdravstveni dejavnosti naj bi zdravstveni dom namreč ponovno prevzel vlogo osrednjega izvajalca zdravstvene dejavnosti na primarni ravni, zato zmanjševanje njegovega programa, do česar bi v primeru podelitve koncesije vsekakor prišlo, v tem obdobju ni ustrezna rešitev.*

Nekatere občine, ki ne uspejo zaposliti zdravnika v javnem zavodu (morajo pa izpolniti svojo zakonsko obveznost zagotoviti zdravstveno varstvo na svojem območju), navedeno situacijo rešujejo z uporabo 5. odstavka 209. člena Zakona o splošnem upravnem postopku in domnevajo, da je Ministrstvo za zdravje soglasje podalo, saj se organ v predpisanem roku ni izjasnil, ali soglasje daje ali ga odreka (zgoraj citirani izsek). Vendar pa je bila takšna rešitev v enem od nam znanih primerov (v občini Ruše) napadena na naslednji način:

Občini Ruše je Ministrstvo za zdravje na vlogo za podelitev soglasja za podelitev koncesije odgovorilo z dopisom, v katerem navaja, da: *Ministrstvo za zdravje pripravlja nov zakon, ki bo v zvezi z izvajanjem zdravstvene dejavnosti prinesel nove rešitve, predvsem pa opredelil pogoje, merila in postopke za podeljevanje koncesij za primarni in sekundarni ravni, zato bo ministrstvo z odločanjem o koncesijah počakalo do sprejema vseh dokumentov, ki bodo podlaga za odločanje.*

Na podlagi vseh ostalih pozitivnih mnenj (tudi s strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije) je občina v skladu s 5. odstavkom 209. člena Zakona o splošnem upravnem postopku podelila koncesijo in sklenila koncesijsko pogodbo z zdravnico. Zdravnica (koncesionarka) je bila 5 dni pred podpisom pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije ustno obveščena, da pogodbe ne bo mogla podpisati, ker naj bi manjkalo ministrovsko soglasje. Takšno ravnanje je pri zdravnici pripeljalo do velike finančne škode, saj je na podlagi podeljene odločbe o koncesiji in sklenjene koncesijske pogodbe že kupila opremo za ambulanto.

Navedeno ravnanje je po mnenju Zdravniške zbornice Slovenije nekorektno, saj občinam na pravno sporen način preprečuje izvajanje njihove zakonske pristojnosti zagotavljanja zdravstvenega varstva na primarni ravni. Izdajanje nejasnih dopisov namesto pristojnih odločitev, pri čemer se ne upošteva veljavna zakonodaja, temveč se odločanje odloži do negotove prihodnosti, ko naj bi bila sprejeta nova zakonodaja, je nedopustno in pravno nevzdržno, saj ne omogoča niti uporabe ustavno določenih pravnih sredstev za presojo odločitve organa.

Priznavanje specialističnega naziva na podlagi dela

Zdravniška zbornica Slovenije pričenja s postopkom priznavanja specialističnega naziva na podlagi dela. Vloge lahko vložijo zdravniki specialisti, ki so najmanj 6 let delali na specialističnem področju, za katero do 1. januarja 2000 ni bilo samostojne specializacije, in so opravili vse, s programom specializacije s tega področja, predpisane posege. Poleg naziva specialista tiste specialnosti, za katerega je opravil specializacijo in specialistični izpit, Zdravniška zbornica Slovenije zdravniku podeli tudi naziv specialista in licenco z novega področja. Postopek priznanja specialističnega naziva na podlagi dela se začne na podlagi vloge. Vloga mora vsebovati:

1. življenjepis, v katerem zdravnik

specialist navede, kje in kako je pridobil znanja in izkušnje, ki jih predvideva program specializacije, za katero je vložil vlogo;

2. bibliografijo;
3. seznam posegov, s katerimi dokazuje, da je opravil vse posege, ki jih zahteva program specializacije, za katero je vložil vlogo (seznam posegov je v Listu zdravnika specializanta);
4. predlog nadrejenega (predstojnika ali strokovnega direktorja) ali koordinatorja, ki lahko potrdi navedbe;
5. dokazilo o plačilu upravne takse.

Če je zdravnik specialist dosegel naziv učitelj, višji svetnik, svetnik ali primarij s področja, za katero je vložil vlogo za priznanje specialističnega naziva na podlagi dela, mora vloga vsebovati:

1. življenjepis, v katerem zdravnik specialist navede, kje in kako je pridobil znanja in izkušnje, ki jih predvideva program specializacije, za katere naziv je vložil vlogo;
2. potrdilo, iz katerega je razvidno, na katerem področju dela se mu je podelil naziv učitelj, oziroma potrdilo o podelitvi naziva višji svetnik, svetnik ali primarij;
3. dokazilo o plačilu upravne takse.

Popolno vlogo uradna oseba, ki vodi postopek, pošlje v mnenje koordinatorju specializacij in nadzorniku kakovosti. Koordinator specializacij in nadzornik kakovosti podata mnenje v 30 dneh od prejema vloge, potrdi pa ga svet za izobraževanje oziroma odbor za zobozdravstvo. Cena postopka, potrjena na predlog sveta za izobraževanje, znaša 274 EUR, kar predstavlja plačilo koordinatorjev specializacij in nadzornikov kakovosti, ki podajo mnenje k vsaki posamezni vlogi. Ob vložitvi vloge mora biti v skladu z določili Zakona o upravnih taksah (Uradni list RS, št. 42/07-UPB3 in 126/07) plačana upravna taksa v vrednosti 3,55 EUR (tarifna št. 1) za vložitev vloge in 14,18 EUR (tarifna št. 3) za izdajo odločbe, kar znaša skupaj 17,73 EUR. Vsi, ki želite podati vlogo za priznavanje specialističnega naziva na podlagi dela,

nam pošljite izpolnjen obrazec »Vloga za priznavanje specialističnega naziva na podlagi dela«, ki ga dobite na naši spletni strani: <https://INTRA.zdravniskazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=593>, ter zahtevane priloge. V kolikor pa potrebujete dodatne informacije, sta vam na voljo ga. Lidija Janškovec (01 3072 127) ali ga. Milica Trenkič (01 3072 167).

Zdravniška zbornica Slovenije za vas

Zdravniška zbornica Slovenije nudi svojim članicam in članom vrsto storitev. Zato želimo v nadaljevanju ponovno opozoriti nanje in podati o njih nekaj osnovnih informacij.

1. Pravno svetovanje – pravna pomoč zdravnikom in zobozdravnikom. V okviru pravnega svetovanja vam nudimo pomoč z naslednjih delovnih področij:

- izobraževanje in usposabljanje (specializacije, pripravništvo,...),
- mnenja za podelitev naziva primarij,
- izdajanje potrdil o dobrem imenu na zahtevo članov zbornice,
- ustanavljanje društev (nudimo pomoč pri pripravi statutov in registraciji društev),
- priprava avtorskih in podjemnih pogodb,
- priprava vzorcev odločb, sklepov, zapisnikov ter njihov pregled,
- socialno-ekonomska vprašanja (tarife, štipendije,...),
- zasebna dejavnost in koncesije (prehod med zasebnike, pregledovanje osnutkov pogodb o medsebojnem sodelovanju pri prehodu v zasebništvu in najemnih pogodb),
- zobozdravstvo,
- osnovno zdravstvo,
- izvedenstvo,
- pravno-etična vprašanja,
- delovnopravna razmerja,
- pravna vprašanja v zvezi s postopki vpisa v register in pridobitve licence,
- upravni spori, ustavni spori,

- varstvo osebnih podatkov, dostop do informacij javnega značaja,
- volitve,
- strokovno-medicinska vprašanja,
- tožilec, razsodišče.

2. Zavarovanje pravne zaščite – Zdravniška zbornica Slovenije je 24. decembra 2008 z zavarovalnico ARAG sklenila zavarovalno polico, po kateri imajo vsi člani zbornice od 24. decembra 2008 dalje preko zbornice sklenjeno **zavarovanje splošne odškodninske in kazenske pravne zaščite na poklicnem področju ter pravno zaščito svetovanja, ki obsega dva pravna nasveta letno za katerokoli področje.** Zavarovanje pravne zaščite krije vse stroške pravnih postopkov, v katerih se znajde zavarovanec – zdravnik. Kaj vsebujejo ti stroški? To so odvetniški stroški, sodne takse, povprečnine, stroški izvedencev in tolmačev, materialni stroški pravnih postopkov ter vsi ostali stroški, ki so vezani na zavarovani dogodek.

3. Pomoč zdravnikom v stiski – Zdravniki in zobozdravniki delamo z bolniki. Delo je naporno in odgovorno, saj bolniki od nas pričakujejo nezmotljivost, čas in zdravje. Smo strokovnjaki, a vsak za svoje področje. Pogosto se znajdemo v stiski, ki je sami ne zmoremo razrešiti in potrebujemo pomoč, nasvet, poslušalca. Zdravniška zbornica Slovenije je v sodelovanju s prostovoljci (zdravniki in zobozdravniki) sestavila skupino za pomoč zdravnikom in zobozdravnikom ter njihovim svojem v stiski. Na ta način nudimo anonimno pomoč v težavah in pomagamo pri iskanju ustreznih rešitev. Pokličete nas lahko (anonimno) na telefonsko številko: 01 307 2222 vsak ponedeljek in četrtek med 15. in 16. uro.

4. Ekonomsko in računovodsko svetovanje – V okviru ekonomskega in računovodskega svetovanja vam nudimo pomoč na naslednjih delovnih področjih: Zdravstvena ekonomika:

- informacije v zvezi s splošnim in področnimi dogovori,
- izračuni plač in izračuni plačila dežurne službe,
- informacije o zdravniških tarifah,

- analize s področja zdravstva.

Financiranje specializacij in povrnitve stroškov:

- sodelujemo pri pripravi letnega načrta za financiranje specializacij,
- pripravljamo plane in analize stroškov v zvezi s financiranjem specializacij,
- pripravljamo izračune povračila stroškov (specializantom, učnim ustanovam) v zvezi s specializacijami,
- pripravljamo izračune vračila stroškov ob prekinitvi specializacije.

Računovodstvo:

- pripravljamo obračune potnih stroškov, sejin, honorarjev organom zbornice,
- nudimo splošne informacije na področju finančne in davčne zakonodaje,
- oblikujemo cene za posamezne storitve, ki jih izvaja zbornica, ter nudimo informacije v zvezi z veljavnim cenikom,
- skrbimo za celoten postopek v zvezi s plačevanjem članarine: izdajanje odločb o višini članarine, evidentiranje prejetih plačil ter posredovanje informacij v zvezi s plačevanjem članarine zbornici,
- sprejemamo vloge, zbiramo potrebno dokumentacijo, pripravljamo pogodbe o kreditiranju in štipendiranju.

5. Zasebna dejavnost – zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom ter vsem tistim, ki nameravajo to šele postati, nudimo informacije o tem, kako postati zasebni zdravnik, kdo vas zastopa v organih ZZS, o vpisu v register zasebnikov ter o zdravstveni ekonomiki. Nudimo pa tudi pravno svetovanje (prehod med zasebnike, pregledovanje osnutkov pogodb o medsebojnem sodelovanju pri prehodu v zasebnost in najemnih pogodb) ter finančno in računovodsko svetovanje.

6. Pomoč pri odnosih z javnostmi – Zdravniška zbornica Slovenije preko svojega oddelka za odnose z javnostmi nudi članicam in članom svetovanje pri komuniciranju z novinarji in širšo javnostjo. Tako mediji kot širša javnost v

tem času od zdravnikov in zobozdravnikov pričakujejo tudi kar najširšo dostopnost in komuniciranje, kar pa lahko za neizkušene skriva mnogo pasti. Zato vam zaposleni v oddelku za odnose z javnostmi lahko ponudijo vrsto informacij in nasvetov glede načina komuniciranja z mediji, organizacije novinarskih konferenc, izpeljave intervjujev, odzivanja na neresnične navedbe v medijih ipd.

7. Članska izkaznica Zdravniške zbornice Slovenije – je članska izkaznica poklicne organizacije slovenskih zdravnic in zdravnikov, zobozdravnic in zobozdravnikov, je identifikacijski dokument člana Zdravniške zbornice Slovenije. Člani Zdravniške zbornice Slovenije lahko izberete, ali želite imeti dve kartici v eni – zlato Visa ZZS kartico, ki je hkrati članska izkaznica ZZS in plačilno-kreditna kartica, ali pa samo navadno člansko izkaznico ZZS.

8. Zdravniški servis dela – Zdravniška zbornica Slovenije je vzpostavila sistem vodenja evidenc o povpraševanju in ponudbi za nadomeščanje med zdravniki. Namenjen je vsem izvajalcem zdravniške službe, ki iščejo ali nudijo nadomeščanje za opravljanje zdravniških storitev. Zaradi varstva osebnih podatkov se ponudba in povpraševanje po nadomeščanju vodi pri strokovnih službah zbornice. Vabimo vse izvajalce, tako koncesionarje, zdravstvene organizacije ali zasebnike brez koncesije, ki iščejo nadomestila za čas dopustov, izobraževanj, bolniških dopustov, dežurstev ali česa drugega, da sporočijo potrebo. Prav tako vabljeni vsi, ki bi lahko pomagali kolegu v času odsotnosti, da sporočite svojo pripravljenost za delo.

9. Naročila obrazcev za zobozdravnike – preko spletne strani Zdravniške zbornice Slovenije je možno naročanje različnih obrazcev za zobozdravnike.

10. Obveščanje članstva – članice in člani Zdravniške zbornice Slovenije so sproti obveščeni o dogajanju v zbornici, stališčih in podanih predlogih ter pobudah. Zbornica se tudi pravočasno odziva na aktualna dogajanja s področja zdravstva ter spremlja nastajanje in spremijanje zdravstvene zakonodaje. Članstvo

tako sproti obveščamo preko spletnih strani (internet, intranet), tedenskega biltena in revije Isis.

Podrobneje si lahko o storitvah za članice in člane Zdravniške zbornice Slovenije, kakor tudi o posameznih kontaktnih osebah, preberete na naši intranetni strani: <https://INTRA.zdravniskazbornica.si/intra/zzs.asp?FolderId=575>. Želimo si, da bi storitve, ki vam jih nudimo, tudi uporabljali in bili z njimi zadovoljni, saj so namenjene prav vam. Hkrati pa si od vas želimo tudi predlogov in pobud za nadaljnje sodelovanje s članstvom.

Asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., nova podpredsednica UEMO

Asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., je bila na zasedanju generalne skupščine mednarodne organizacije zdravnikov družinske medicine (UEMO - European Union of General Practitioners) v Budimpešti, na predlog Zdravniške zbornice Slovenije, izvoljena za eno izmed štirih podpredsednikov te organizacije za naslednji štiriletni mandat. Nova podpredsednica je v svojem nagovoru poudarila, da ima Slovenija, kljub geografski majhnosti, na področju družinske medicine že dolgoletno tradicijo, to področje pa je tudi zelo dobro in strokovno organizirano. Ne nazadnje je specialistka splošne medicine tudi predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, ki je kandidatura asist. mag. Nene Kopčavar Guček, dr. med., v Budimpešti tudi osebno podprla.

Velika podpora, ki je je bila na volitvah deležna asist. mag. Nena Kopčavar Guček, dr. med., pomeni priznanje Republiki Sloveniji in Zdravniški zbornici Slovenije za dosedanje delo v evropskih zdravniških organizacijah. Hkrati pa je to tudi priložnost za nadaljnje kakovostno delo na področju zdravništva in medicine. Novi podpredsednici UEMO iskreno čestitamo in želimo uspešno delo.

Opravljene specialistični izpiti

- **Romina Ambrož**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 10. 11. 2009
- **Aleksandra Ferlež**, dr. dent. med., specialistka otroškega in preventivnega zobozdravstva, izpit opravila s pohvalo 26. 11. 2009
- **Gašper Fortuna**, dr. dent. med., specialist oralne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 19. 10. 2009
- **Irena Gracar**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 23. 10. 2009
- **Gašper Gregorič**, dr. med., specialist radiologije, izpit opravil 23. 10. 2009
- **Katja Jakopič**, dr. med., specialistka ginekologije in porodništva, izpit opravila s pohvalo 6. 11. 2009
- **Božena Jerković Parač**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila 29. 10. 2009
- **Tomaž Kastelec**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil 28. 10. 2009
- **Helena Koprivnikar**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila s pohvalo 24. 11. 2009
- **Sergeja Kozar**, dr. med., specialistka anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, izpit opravila s pohvalo 23. 11. 2009
- **Vlasta Kunaver**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila 5. 11. 2009
- **Polonca Lampe**, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila 20. 10. 2009
- **Matej Makovec**, dr. med., specialist splošne kirurgije, izpit opravil 2. 10. 2009
- **Naser Maksuti**, dr. med., specialist družinske medicine, izpit opravil 22. 10. 2009
- **Sabina Marš**, dr. med., specialistka pediatrije, izpit opravila s pohvalo 20. 11. 2009
- **Dušanka Matjašič**, dr. med., specialistka psihiatrije, izpit opravila s pohvalo 14. 10. 2009
- asist. dr. **Nataša Milivojevič**, dr. med., specialistka nevrologije, izpit opravila s pohvalo 7. 10. 2009
- **Marko Mugoša**, dr. med., specialist ginekologije in porodništva, izpit opravil 5. 11. 2009
- **Simona Senegačnik**, dr. med., specialistka dermatovenerologije, izpit opravila s pohvalo 18. 11. 2009
- mag. **Tanja Soklič Košak**, dr. med., specialistka otorinolaringologije, izpit opravila 17. 11. 2009
- **Andrej Strahovnik**, dr. med., specialist ortopedske kirurgije, izpit opravil s pohvalo 24. 11. 2009
- **Veronika Učakar**, dr. med., specialistka javnega zdravja, izpit opravila s pohvalo 17. 11. 2009
- **Jože Vogelcnik**, dr. dent. med., specialist oralne kirurgije, izpit opravil s pohvalo 19. 10. 2009
- asist. mag. **Rok Zupančič**, dr. dent. med., specialist stomatološke protetike, izpit opravil s pohvalo 16. 10. 2009

Popravek

V decembrski številki Izide je bilo na strani 15 pod naslovom Opravljene specialistični izpiti narobe zapisano eno od imen novih specialistov.

Pravilno se glasi **Katarina Plausteiner, dr. med.**, specialistka družinske medicine, izpit opravila 22. 9. 2009.

Se opravičujemo in prosimo za razumevanje.

Uredništvo

Linz – prestolnica kulture 2009, kmalu tudi mesto medicinske univerze?

V bližnji prihodnosti Avstriji grozi pomanjkanje zdravnic in zdravnikov, kar dokazujejo vse zadevne študije. Medicinske univerze na Dunaju, v Innsbrucku in Gradcu so dosegle meje svojih zmožnosti. Vrh tega se obeta konec določila, ki je dotlej zagotavljalo tri četrtine vpisnih mest za domače študente. Logična posledica za odpravo teh tegob bi bila ustanovitev medicinske univerze v Linzu.

Povečana potreba za zdravniško oskrbo izhaja iz naslednjih ugotovitev:

- povečevanje rasti prebivalstva;
- demografski razvoj in podaljšanje življenjske dobe (leta 2030 bo skoraj ena tretjina prebivalstva stara 60 let ali več);
- večja zbolewnost starejših ljudi;
- tehnološki razvoj;
- starostna zgradba zdravništva (val upokojevanj čez deset ali dvanajst let);
- naraščajoča feminizacija v medicini (delež žensk je že 60 odstotkov);
- povečevanje karence ter vse več zaposlitev s skrajšanim delovnikom;
- povečevanje specializiranosti v medicinski oskrbi;
- nujnost za izgradnjo preventivne medicine.

Zanimanje za medicino je izjemno. Za nekaj manj kot 1400 vpisnih mest na medicinskih izobraževalnih ustanovah se vsako leto poteguje več kot 6000 kandidatov. Te težave bi lahko odpravila medicinska univerza v Zgornji Avstriji (*Oberösterreich*). Za to je na voljo naslednja infrastruktura:

- devet učnih bolnišnic, 310 možnih mest za praktični pouk;
- približno 150 profesorice in profesorjev (oz. docentov) iz 40 medicinskih disciplin;
- teoretični inštituti na Univerzi Johannes Kepler v Linzu;
- sinergije na že obstoječih raziskovalnih inštitutih oz. strokovnih šolah v Zgornji Avstriji.

Prihodnost pa bo zahtevala nov tip zdravnika. V ta namen bi medicinska univerza v Linzu ponudila naslednje izhodiščne tipe študija medicine:

- splošna medicina ter medicina za starostnike (*Alters- und Allgemeinmedizin*);
- javno zdravstvo (*Public Health*);
- dodatno izobraževanje v območju socialnih, gospodarskih, naravoslovnih, pravnih in filozofskih ved (*Studium generale*);
- študij s poudarkom na naravoslovnih vedah (*Naturwissenschaftliches Fundament*);
- zagotavljanje kakovosti v medicini (*Qualitätssicherung in der Medizin*);
- pristojnost (kompetenca) v stroki, dejavnosti in socialnem področju (*Fach-, Handlungs- und Sozialkompetenz*).

Posebno pomembno je o teh prednostih prepričati kar najširše sloje prebivalstva. Na novo ustanovljeno Združenje pobudnikov za medicinsko univerzo Linz naj bi javnosti omogočilo, da bi se tej iniciativi pridružila ter jo podprla.

Vir: OÖ Ärzte, št. 231, september 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Bolnišnice v Švici svarijo, da je premalo kadra

Bolnišnice v Švici ugotavljajo, da je bolnišniškega osebja znatno premalo. Po oceni strokovnjakov bi država potrebovala približno dvakrat več zdravnikov, kolikor jih v Švici dokonča študij. Več kot ena tretjina zaposlenih v švicarskih univerzitetnih in psihiatričnih klinikah prihaja iz zamejstva. Tudi v negi je približno 40 odstotkov zaposlenih takšnih, ki prihajajo iz drugih držav. Kot strateški ukrep za omilitev stanja je

približno 80 bolnišnic in ustanov za nego ob nacionalnem dnevu bolnišnic v Švici mladim ljudem predstavilo poklice v zdravstvu ter jim predstavilo možne perspektive.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 18, 25. september 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Konec z raziskovanjem »v luninem svitu«

Zakonodajalec se je odločil za trajno izboljšavo za zdravnice in zdravnike na medicinskih univerzah: končno je jasno določeno, koliko časa mora biti medicincem na voljo za raziskovanje ter pouk. Tako se bo končala dosedanja praksa o »raziskovanju v luninem svitu« (»Mondscheinforschung«) – tako namreč ciniki poimenujejo raziskovalno dejavnost, ki se zaradi pomanjkanja časa prestavlja pozno v noč.

Dr. Harald Mayer, načelnik Zvezne kurije (odbo-ra) zdravnikov v javnih zavodih ter podpredsednik Avstrijske zdravniške zbornice med drugim meni, »... da je problem, hkrati pa prednost medicinskih univerz, da se hkrati ukvarjajo s poukom, raziskovanjem in zdravljenjem. Vendar morajo za to biti izpolnjeni pogoji, česar doslej ni bilo. Zakonodajalec pa se je zdaj jasno postavil na ustrezno pravno stališče – kar je bilo nadvse nujno.«

Če se bo zakon izvajal, se bodo morale izboljšati strukture. Za pouk in raziskovanje mora biti na voljo vsaj 30 odstotkov normalnega delovnega časa. To bo precej več kot doslej. Po podatkih anket je znano, da zdravniki na medicinskih univerzah porabijo več kot 80 odstotkov časa za kurativno dejavnost. V teh razmerah doslej v normalnem delovniku ni bilo dovolj prostora za prenos znanja na mlajše generacije v prihodnosti. Zdaj so na potezi šefi klinik, ki bodo ob načrtovanju dela morali upoštevati tudi pouk in raziskovanje, seveda brez prekoračenja normalnega delavnika.

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 18, 25. september 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš



Medizinische Universitäten

Schluss mit der Mondscheinfors

Eine nachhaltige Verbesserung für die Ärztinnen und Ärzte an den medizinischen Universitäten hat das Gesetzgebungs-schweigen. Endlich ist klar geregelt, wie viel Zeit den Medizinern für Forschung und Lehre bleiben muss.

Von Kurt Markleiter

Die Verordnungen, die die Zeit der Ärzte festlegen, sind seit Jahren nicht mehr an den Stand der Wissenschaft angepasst. Über die Verteilung der Arbeitszeit zwischen der klinischen Tätigkeit und der Lehre und Forschung haben die Universitätspräsidenten und die Fakultäten lange Zeit nicht gesprochen. Die Ärztezeitung hat sich für eine bessere Regelung eingesetzt.

Energetiki kot zdravilci? Paciente varajo!

Energetiki, ki ponujajo metode alternativne medicine (brez izobrazbe, brez pooblastil), v bistvu varajo svoje paciente. Kako je to sploh mogoče?

Po § 2 Zdravniškega zakona je samoumevno, da lahko le zdravniki izvajajo zdravljenje. Vendar je to mogoče obiti tudi tako imenovanim energetikom, katerih »izvajanje poklica je sicer določeno z zakonom – vendar ne tako natančno kot pri zdravstvenem poklicu – in tako se lahko ukvarjajo z drugimi dejavnostmi,« meni Renate Wagner Kreimer, pravnica pri Avstrijski zdravniški zbornici. Energetiki se deloma ukvarjajo z metodami alternativne medicine, npr. akupunkturo, homeopatijo ali bioresonanco. »Osebe, ki to počnejo kot obrtniki, s svojo dejavnostjo varajo paciente, saj niso upravičeni ne do postavljanja diagnoze, ne za zdravljenje. Vrh tega se tako odvrtačajo od sicer nujnega obiska pri zdravniku, kar ima lahko daljnosežne zdravstvene posledice.«

Bistveno je tole: za pripadnike obrtniških poklicev ni nobenega takšnega specifičnega poklicnega prava, kot je znan za zdravstvene poklice. Med drugim zanj ni obvezna dolžnost zdravniške skrivnosti, dolžnost pojasnjevanja ali dokumentacije. Manjka tudi odredba o

izobraževanju, ki predvideva, da ustrezno kakovostno izobraževanje lahko ponujajo le določene ustanove.

Vse to je v zdravstvenih poklicih samoumevno. »Po poklicu in izobrazbi gre pri tem lahko za dejavnost, ki jo predpiše zdravnik ter jo nadzoruje – tako kot npr. pri medicinskem maserju.« Večina poklicev v zdravstvu je tiste vrste, da je vezana na navodilo zdravnika. Izjeme so med drugim psihoterapevti in klinični psihologi.

Četudi so zakonski temelji jasni, je v praksi drugače. »S strani zdravniške zbornice zahtevamo izboljšanje pravne zaščite, strožje izvajanje in končno zavest o tem problemu v javnosti. Če ne drugače, spremembo zakona v smislu večje varnosti pacientov.«

Vir: Österreichische Ärztezeitung št. 19, oktober 2009

Prevod in priredba: Marjan Kordaš

Akademik prof. dr. Jože Trontelj odlikovan z Zlatim redom za zasluge

Predsednik republike dr. Danilo Türk je 9. decembra 2009 z Zlatim redom za zasluge odlikoval akademika prof. dr. Jožeta Trontlja za življenjsko delo na področju etike in za uveljavljanje mednarodnega strokovnega ugleda slovenskega zdravstva ter misijonarja Pedra Opeko za izjemen prispevek na področju humanitarnega dela, socialne in teološke misli in skrbi za sočloveka.

V svojem nagovoru je predsednik republike med drugim povedal:

»Danes je 9. december in jutri bomo povsod po svetu beležili svetovni dan človekovih pravic. Prav je, da na dan pred dnevom človekovih pravic Republika Slovenija izreče zahvalo dvema izjemnima osebnostima, ki sta vsak na svojem področju, vsak na svoj način in vsak v svojem času veliko prispevala k neki posebno pomembni dimenziji človekovih pravic - uveljavljanju etike, po eni strani v znanosti in po drugi strani pri reševanju najtežjih, najbolj temeljnih družbenih vprašanj. Ta prispevka sta zelo velika in prav je, da se o njih zamislimo na dan, ko se sicer spominjamo človekovih pravic. Človekove pravice so pogosto obravnavane selektivno. Obravnavane so kot pravna vprašanja, kot politična vprašanja in kot aktualna vprašanja. Današnja priložnost pa je taka, da lahko o njih razmišljamo veliko globlje in veliko bolj brežčasovno.

Znanost nam daje vse več odgovorov in ponuja vse več resnic. Vendar hkrati vse bolj spoznavamo, da znanstvene resnice niso končne resnice in da je pogosto tako, da je najtežji del v presoji povezan z etičnimi vprašanji, ki spadajo med najstarejša in najbolj temeljna vprašanja obstoja človeka.

Akademik profesor dr. Jože Trontelj se je celo življenje odločno, znanstveno in z etično občutljivostjo posvečal tem vprašanjem. Posveča se jim še danes in upamo, da se jim bo posvečal v prihodnje z enako prizadevnostjo in z rezultati, ki bodo pomagali našo družbo in nasploh človeško družbo narediti boljšo. Etika na področju medicine, biologije, nefrofiziologije in na drugih znanstvenih področjih postaja čedalje pomembnejše, čedalje bolj osrednje vprašanje družbene in človeške eksistence.

Znanost odpira nove možnosti. Daje nam nove in nove odgovore. Vendar ti odgovori pogosto niso dokončni. In nič ne more zamenjati stalnega prizadevanja za etiko, ki jo na področju medicine potrebujemo in kjer lahko ugotovljamo, kako nepopolna družba smo. To smo lahko ugotovili tudi v preteklih dneh in z veliko žalostjo spoznali, kako smo ob sedanjih mehanizmih za reševanje etičnih problemov, ki jih prinašata zdravljenje in medicinska skrb za človeka, daleč od resnično dobrih odgovorov. Zato potrebujemo v tej družbi še posebej aktiven angažma za izboljšanje etičnih standardov in za to, da poiščemo odgovore, ki bodo iz nas naredili boljšo družbo.«



Foto: FA BOBO

Redna letna skupščina Sveta zobozdravnikov EU

Matjaž Rode, Gordan Čok

Svet evropskih zobozdravnikov – CED, je posvetovalni organ Komisije EU in predstavlja zobozdravstvo iz držav EU. Glavno telo odločanja je skupščina, ki poteka dvakrat na leto in na kateri imajo glasovalno pravico delegati iz vseh 27 držav članic EU. Vsaka država ima zaenkrat po dva delegata. Pomembnost CED je vse večja, saj dobi v presojo in oceno vse dokumente o zobozdravstvu v EU, ki jih pripravlja Komisija in o njih razpravljajo v Evropskem parlamentu in Svetu EU.

Jesenski sestanki skupščine potekajo vedno v Bruslju, tokratni je bil 19. in 20. novembra 2009. Celodnevni natrpani program je imel na seznamu veliko točk. Naj opiševa nekaj najbolj zanimivih.

Resolucija o varnosti pacientov

Direktiva o varnosti pacientov je v končnih procedurah odločanja. Varnost pacientov je pomemben politični EU-projekt, Komisija pripravlja in še dopolnjuje osnutek Direktive. CED je bil zaprosen za pripravo svojih predlogov resolucije o varnosti pacientov, ki bo Komisiji služila pri pripravi Direktive. Glavne misli pripravljene Direktive, ki so zanimive tudi za zobozdravnike: zobozdravniki morajo pri svojem poklicnem delu narediti vse, da zagotovijo varno in strokovno delo, čeprav je povsem jasno, da je mnogo posegov lahko tveganih! Nevarnosti nezaželenih zapletov je veliko in nastopijo lahko zaradi:

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

Osnovno pravilo, kako doseči varnost zobozdravnikovega dela, je visoka kakovost in poznavanje načel dobre klinične prakse in seveda upoštevanje strokovnih izhodišč. **Skupščina CED je zato tudi letos soglasno ponovno potrdila sklep, ki predlaga resornim politikom v posameznih državah EU, da naredijo vse, kar je v njihovi pristojnosti, da omogočijo**

zobozdravnikom delati po načelih dobre klinične prakse in v skladu z novimi spoznanji o vzrokih za nastanek zobnih in ustnih bolezni, saj ti samo tako lahko učinkovito zagotovijo varnost pacientov. Zobozdravnik namreč sploh ne bi smel delati v okoliščinah, ki onemogočajo tako delo!

Skupščina je ponovno potrdila priporočila, da naj bo zasebni zobozdravnik s koncesijo osnovni nosilec zobozdravstvenega varstva v državah EU in naj bo odgovoren za ustno zdravje svojih pacientov, ki pa naj jih ne bo več kot okoli 1700, saj je pri višjem številu kakovost zobozdravstvenega varstva, ki obsega preventivo, zdravljenje in rehabilitacijo, ogrožena in skoraj neizvedljiva. Zobozdravniki pa so dolžni, da se neprestano izobražujejo in delajo v skladu z načeli dobre klinične prakse in tudi v skladu z Etičnim kodeksom zobozdravnikov EU.

Resolucija o oskrbi pacientov

Ena od pomembnih komponent direktive bo zahteva po harmonizaciji standardov kakovosti zobozdravnikovega dela, kar pomeni delati po načelih dobre klinične prakse. Treba bo izdelati evropske strokovne norme in jih uskladiti s sedaj obstoječimi po posameznih državah. Delegati so živahno razpravljali tudi o vedno večji strokovni eroziji obsega zobozdravnikovega dela in o posledični možni nevarnosti padca strokovnosti. Po vsej Evropi rastejo kot gobe po dežju razni saloni, inštituti in druge visoko doneče ustanove, v katerih zaposleni brez ustrezne izobrazbe opravljajo posamezne faze zdravljenja ali rehabilitacije zobnih in ustnih bolezni. Tudi Slovenija pri tem ni izjema, saj lahko na spletnih straneh in straneh mnogih revij zasledimo oglase o beljenju zob v frizerskih salonih in vstavljanju zobnih vsadkov – implantatov v ambulantah, kjer osebe nima ustrezne izobrazbe. Ravno za kirurške posege implantacije so delegati CED ponovno opozorili, da naj to izvajajo specialisti oralni in maksilofacialni kirurgi ali parodontologi, saj so ta priporočila v skladu z Direktivo o varnosti pacientov. V zvezi z nejasnostmi o sredstvih za beljenje zob pa so delegati potrdili sklepe delovne skupine CED, ki je pred kratkim pripravila informacijo o nevarnostih uporabe takih belilnih sredstev. Član te skupine iz Slovenije je Gordan Čok, dr. dent. med., ki je o tem pripravil posebno poročilo, objavljeno v tej številki Izide.

Posebna komisija CED je pripravila pisni predlog o pomenu komunikacija v zobozdravstvu. Komunikacija je nujna med posameznimi člani zobozdravniškega tima, med zobozdravniki samimi, predvsem pa je še nepopolna komunikacija med zobozdravnikom, njegovim pacientom in javnostjo. Zobozdravniki tudi veliko premalo komuniciramo s politiki in tistimi, ki so zadolženi, da načrtujejo, spremljajo in tudi financirajo vse oblike zobozdravstvenega varstva. Ta pomemben dokument CED, ki bo sprejet na spomladanski generalni skupščini CED, bodo dobili predvsem vsi zobozdravniki, pa tudi vodilni politiki EU in tudi nekateri odgovorni za zdravstvo v vseh državah EU.

Poslanci so tudi soglasno sprejeli resolucijo, ki nedvoumno potrjuje vodilno in odgovorno vlogo zobozdravnika pri vseh oblikah in v vseh fazah strokovnega dela v zobozdravniški ordinaciji. Tudi če posamezne faze preventive, zdravljenja in protetične rehabilitacije opravijo drugi člani tima, **o tem odloča in je odgovoren zobozdravnik osebno!**

V razpravi, v kateri so sodelovali številni delegati, so poudarjali pomembno vlogo zbornic in strokovnih združenj v skrbi za stalno strokovno izpopolnjevanje, ki naj bo obvezno, in razpravljali o tem, kdo naj to pripravlja in nadzira. Enotno mnenje je bilo, da morajo za dodiplomski študij skrbeti fakultete, ki naj se pri tem še bolj angažirajo, za skoraj vse podiplomske aktivnosti pa naj skrbijo poklicna združenja. Pogovori in poročila o stanju zobozdravstva v posameznih državah EU so vedno zanimiva. Iz vseh poročil in iz razprave je bilo slišati, da mora stroka neprestano in trmasto opozarjati politiko na pomen dela v skladu z načeli dobre klinične prakse, rezultati pa so po posameznih državah zelo različni.

Pomembna točka dnevnega reda je bila tudi izvolitev novega predsednika CED. Kar nekaj delegacij je bilo pripravljenih imenovati in podpreti Gordana Čoka, a smo bili Slovenci v skladu z eno od znanih slovenskih lastnosti v ustanovi, ki bi morala kandidaturu potrditi in omogočiti vsaj administrativno in tudi finančno pomoč, neuslišani in zato Gordan Čok sploh ni kandidiral.

Novo vodstvo Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

21. novembra 2009 je potekal 21. volilni občni zbor članov Strokovnega združenja zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije, na katerem je bilo za nov štiriletni mandat izvoljeno novo vodstvo. Po dvanajstletnem mandatu se je predsednik združenja, prim. asist. Dean Klančič, dr. med., odločil, da na 21. volilnem občnem zboru ne bo kandidiral za predsednika.

Kandidata za predsednika sta tako bila: Primož Rus, dr. med., in Igor Dovnik, dr. med. **Predsednik združenja** je postal Primož Rus, dr. med., **podpredsednik** je prim. Marko Demšar, dr. med., **tajnik** Rok Šušterčič, dr. dent. med., **blagajnik** pa Janez Grilec, dr. dent. med. **Člani izvršilnega odbora** so Sebastijan Domajnko, dr. dent. med., prim. asist. Dean Klančič, dr. med., Andrej Ocepek, dr. dent. med., Nada Puharič, dr. dent. med., in Katja Žerjav, dr. med.

Nadzorni odbor združenja sestavljajo: Tonč Žunter, dr. med. (predsednik), Marjana Grosek Pšeničnik, dr. med., in Ratko Tatalovič, dr. med.

Člani **disciplinskega sodišča** so: prim. mag. Primož Reš, dr. med. (predsednik), Alenka Forte, dr. med., in Vesna Železnik, dr. med.

Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije bo še naprej zagotavljalo kontinuiteto programa delovanja in dosedanjih načrtanih nalog združenja, ki temelji na interesih članov združenja v prid vseh članov združenja.

Predvsem izpostavljamo krepitev enotnosti med vsemi zasebnimi zdravniki in zobozdravniki, ne glede na to, ali ste koncesionarji ali popolni zasebniki, ne glede na to, ali ste zdravniki primarnega ali sekundarnega nivoja, ne glede na to, ali ste zdravnik ali zobozdravnik, in ne glede na to, kje v Sloveniji delate. Želimo preprečiti razslojevanje na posamezna ožja interesna združenja.

Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije

Ustanovili smo združenje zasebnih organizacij na sekundarni ravni

Zdravstvene organizacije na sekundarni ravni v zasebni lasti predstavljamo pomemben del zdravstvenega sistema. Opravimo namreč več kot petino vseh ambulantnih diagnostičnih preiskav, pri določenih zdravstvenih dejavnostih pa celo do polovice programa, financiranega iz sredstev ZZZS. Za kakovostno opravljanje zdravstvenih storitev vlagamo lastna sredstva v nakup najkakovostnejše medicinske opreme. Določene zasebne organizacije opravljajo najzahtevnejše diagnostične preiskave, ki se opravljajo samo še znotraj univerzitetnih klinik.

V začetku oktobra 2009 je 15 zdravstvenih organizacij ustanovilo združenje, ki povezuje tiste **pravne osebe, ki se ukvarjajo s specialistično zdravstveno dejavnostjo**. Zdravniška zbornica učinkovito zastopa zdravnike posameznike, Združenje zdravstvenih zavodov bolnišnice in zdravstvene domove, pravne osebe z in brez koncesije pa doslej nismo imele organiziranega pravno-formalnega zastopnika. Z ustanovitvijo smo tako pokrili praznino pri zastopanju organizacij, ki opravljajo specialistično dejavnost. Organizirali smo se v obliki GIZ, ki je edina oblika združenja, ki nam zagotavlja status pravne osebe.

Temeljna cilja združenja sta enotno nastopanje izvajalcev zdravstvene dejavnosti v zasebni lasti v pogajanjih z državo in povečevanje dobrega imena zasebne zdravstvene dejavnosti. Verjamemo, da zasebniki kakovostno opravljamo svoje delo in tudi vse raziskave javnega mnenja kažejo, da so bolniki z našim delo zelo zadovoljni.

Prvi cilj, ki si ga je združenje zastavilo, je postati formalno priznan zastopnik zasebnih zdravstvenih organizacij na sekundarni ravni, kar poskušamo doseči v sklopu novega Zakona o zdravstveni dejavnosti. Pravice organizacij na sekundarni ravni bi želeli zastopati tako pri sprejemanju nove zakonodaje in podzakonskih aktov, sodelovati želimo pri razvoju zdravstvenih strategij na nivoju države, želimo se vključevati v pogajanja za ceno storitev pri ZZZS, sodelovati želimo pri posodabljanju Zelene knjige...

Kljub zelo kratkemu času obstoja so naša prizadevanja že obrodila sadove s tem, da so nam naš status začele priznavati tudi državne institucije. Kmalu po ustanovitvi smo se tako začeli aktivno vključevati v razprave v okviru novega predloga Zakona o zdravstveni dejavnosti.

Združenje navzven predstavlja skupaj z mojim namestnikom, g. Ristom Angelskim, dr. med. Po ustanovitvi smo zaznali precejšnje zanimanje za članstvo, tako da v združenje še naprej vabiva nove člane. Za več informacij nam prosim pišite na e-naslov: giz.zasebniki@gmail.com.

*Žarko Pinter, dr. med.
predsednik združenja organizacij zdravstvene dejavnosti GIZ*

Spletni portal Zdravniške zbornice Slovenije uspešno deluje od 1. julija - vabimo vas k prijavi

- Kot smo vas že nekajkrat obvestili, smo s 1. julijem prenovili spletne strani zbornice, ki se po novem delijo na zaprte in odprte. Odprte so namenjene vsakomur, ki želi priti do splošnih informacij o delu Zdravniške zbornice Slovenije, zaprte, kjer je najti bistveno širši nabor informacij in obvestil, pa so namenjene le vam, članicam in članom Zdravniške zbornice Slovenije.

Da bi si lahko ogledali vsebine na zaprtih straneh, morate izvesti registracijo. Za to potrebujete uporabniško ime in geslo, ki ste ju v začetku julija prejeli po pošti. Če ste dopis z geslom in uporabniškim imenom izgubili ali pa imate težave pri registraciji, nas pokličite na telefon 01/30 72 100 oziroma pošljite elektronsko pošto na naslov:

info@zzs-mcs.si

Sporočanje zahtev v zdravstvu: Previdno s spiskom želja

Damjana Pondelek

Naj vas za trenutek popeljem nazaj v praznično razpoloženje. V čarobni čas pričakovanja, kaj bodo prinesli dobri možje. Letos smo tudi pri nas pisali Božičku; naš ima to posebnost, da pri-nese vsakemu otroku samo eno igračo. Človek bi si predstavljal, da bo zato naročanje preprosto, vendar še zdaleč ni. Namesto ene igrače je bodoča obdarovanka narisala kocke, punčko, balon, žogo, skiro, vlak in mali avto. Deklici smo predlagali, naj vsaj obkroži igračo, ki si jo najbolj želi. Povedala je, da to ni potrebno, ker bo »Božiček že vedel«. No, v nekaj dneh je bil list spredaj in zadaj porisan z novimi željami – predvsem s kockami. In Božiček jih je položil pod smrečico. Mala je v čarobnem jutru še bosa pritekla v dnevno sobo, odvila svoje darilo, se na hitro razveselila novih kock, obenem pa zmajevala z glavo in si mrmrala v brado, zakaj ji dobri mož ni prinesel roza skiroja, **saj ga je vendar narisala.**

Kaj sploh hočejo?

Zakaj vam to pišem? Ker smo ob razočarani deklici pričla klasični napaki sporočanja zahtev in pričakovanj, ki je pogosto prisotna tudi v zdravstvu. Namesto da bi političnim odločevalcem in javnosti predstavili eno zahtevo in jo predstavljali vedno znova, toliko časa, da bi bilo prav vsakomur jasno, kaj želimo in pričakujemo, začnemo okrog tistega skiroja risati kocke, žoge, balone in ostale nadomestne želje, da na koncu nihče več ne ve, kaj je naša osnovna zahteva in zakaj jo postavljamo.

Spomnimo se uspešnih pogajanj za višje vrednotenje zdravniškega poklica v letu 2008. Takrat smo skupaj s sindikatom risali skiroje. Tisoče skirojev in nobenih kock. Vsi so razumeli, da si ne želijo utrujenega in slabo plačanega zdravnika. Če bi v svojih sporočilih zgolj mimogrede omenili zahtevo sindikata po obnovitvi plačnih razmerij iz leta 2000, nato pa enkrat problematizirali delo izven delovnega časa, drugič dopuste, tretjič izobraževanja, bi bili hitro v težavah. Ljudje na koncu ne bi več vedeli, kaj hočemo, politični odločevalci pa bi sicer vedeli, vendar bi s spiska želja (tako kot naš Božiček) mirno izbrali tisto, kar bi jim v danem trenutku najbolj ustrezalo, in rekli: »Saj ste vendar dobili darilo z vašega seznama. Kaj se sploh pritožujete?«

Vedno boste dobili kocke

Povsem jasno je, da politični odločevalci, če jim z našim seznamom želja damo mandat in maneverski prostor za izbiro, vedno prinesejo kocke. Zato okrog skiroja, če si ga res želimo, ne smemo narisati prav ničesar drugega. In kaj bo naše ključno sporočilo za ključne javnosti? »Skiro, skiro, skiro«. In naslednji dan znova. In tako mesece, če je potrebno. Razumete? Nobenih kock. Tako ne bo možnosti za izgovore in izmikjanja. In še bolj

pomembno: nobene nevarnosti, da nas politični odločevalci soočijo z našimi lastnimi neenotnimi ali celo nasprotujočimi si željami in pričakovanji. Slednje je namreč v vsakem trenutku mogoče diskreditirati skupaj s tistim, ki je želel preveč.

In če ne dobimo skiroja?

Vem, človek si zaželi skiro in se nič ne zgodi. Čaka dneve, mesece, sporoča svoje želje in pričakovanja, na drugi strani pa gluha ušesa. Vmes pa se kopičijo nove potrebe in želje, bolj ali manj ključne in pomembne za prihodnost zdravništva in zdravstva. Kaj storiti? Narisati zraven še kaj in upati, da dobimo vsaj nekaj? Ne. Ne širite in ne dopolnjujte spiska želja, če ne želite, da bo vsakič znova izpolnjena zgolj tista najbolj nepomembna želja. V zdravstvu namreč ni dedka Mraza, ki bi želel popraviti, kar je zamočil Božiček.

Novice Urednice za učinkovitejšo komuniciranje v zdravstvu

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

Urednica.

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

Potrebujete nasvet?

www.urednica.si // damjana.pondelek@urednica.si // 041/773540

Zdravljenje je kaznivo dejanje

Vojko Flis

Uvod

S prvim novembrom leta 2008 je stopil v veljavo nov Kazenski zakonik (KZ) Republike Slovenije (1). Prinesel je nekatere novosti, ki so bile v javnosti predmet razprav (prepovedana tvorba živih bitij, protislovja pri kazenski obravnavi mladostnikov ipd.). Novost, ki se dotika zdravniškega poklica in ki ostro zareže v doslej utečen odnos med zdravnikom in bolnikom, ni bila deležna posebne javne obravnave, kaj šele razprave. Celo v obdobju priprave novega KZ so bile razprave o tem poglavju novega KZ zelo borne. Morda je razumljiva odsotnost razprav znotraj pravne stroke. Ni pa razumljiva odsotnost razprave znotraj medicinskih krogov. V pričujočem prispevku bom skušal pokazati na protislovnost in spornost izpeljave omenjene spremembe v KZ in na njen škodljiv vpliv na zdravljenje. Razprava o tem členu ni možna brez poseganja v pravno stroko, za kar se kot zdravnik vnaprej opravičujem. A člen tako ostro posega v vsakdanje življenje (predvsem nezdruženikov), da se temu ni mogoče izogniti. Zdravnikom, ki jim je pravni jezik pri obravnavi medicine neredko tuj, se opravičujem, če ga je preveč – pravnikom ga bo zagotovo premalo. Slednjim se opravičujem tudi zaradi neredko poenostavljenega prikaza pravno teoretičnih pogledov na predstavljeno problematiko. Njihova podrobnejša razčlenitev bi močno presegala namene tega pisanja (na primer obravnava dihotomije v nemškem kazenskem pravu med samo bitjo kaznivega dejanja in privolitvijo, ki odpravlja protipravnost kaznivega dejanja, kar je za medicinsko kazensko pravo tega modela ključnega pomena). Iz istega razloga je omejeno tudi število citatov. V obravnavi novosti v KZ, dotikajočih se medicine, se ni bilo mogoče izogniti vključitvi Zakona o pacientovih pravicah in Zakona o duševnem zdravju. Oba govorita o izjavah volje pri zdravljenju in sta neločljivo povezana s spremembami KZ.

Morda odsotnost pravne razprave o spremembah v KZ, dotikajočih se zdravljenja, kaže na splošno soglasje pravnih strokovnjakov o tem, da je sprememba dobrodošla. Po mnenju nekaterih pravnih strokovnjakov (2) namreč zdravnikova pravica do zdravljenja v prejšnji kazenski ureditvi ni imela jasno zastavljenih meja. Primerjalno pravno naj bi šlo za tako resno pomanjkljivost, da jo je bilo treba čim prej odpraviti (ni bilo jasne kazenskopravne protipravnosti samovoljnega zdravljenja, ne znotraj inkriminacije telesnih poškodb, ne sicer (2)). Novi KZ je s pravno teoretičnega zornega kota to domnevno pomanjkljivost odpravil z novim



členom (125. člen). Člen govori o izključitvi kaznivega dejanja pri telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca. Zaradi lažjega razumevanja kasnejše razprave člen navajam v celoti:

Izključitev kaznivega dejanja pri telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca 125. člen

(1) *Povzročitev lahke telesne poškodbe (122. člen) ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo. V tem primeru se pri mladoletni ali slabotni osebi upošteva privolitev, če jo v skladu z zakonom v skrbi za njuno zdravje da tisti, ki zastopa take osebe.*

(2) *Naklepna povzročitev hude (123. člen) ali posebno hude (124. člen) telesne poškodbe ni protipravna, če je poškodovanec privolil vanjo in pri tem niso bile prizadete koristi koga drugega ali ogrožena kakšna skupna pravna vrednota.*

(3) *Ne glede na prejšnji odstavek naklepna povzročitev*

hude ali posebno hude telesne poškodbe pri zdravljenju ali zdravilski dejavnosti ni protipravna, če je bila privolitve dana v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon.

(4) Če je poškodovanec med storitvijo kaznivega dejanja hude ali posebno hude telesne poškodbe prej dano privolitve preklical, to na izključitev protipravnosti dejanj po prejšnjem odstavku ne vpliva, v drugih primerih po drugem odstavku tega člena pa se storilec, ki začete dejanja po preklicu ni dokončal, ne kaznuje za njegov poskus oziroma se ne kaznuje za dokončano lažje dejanje, zajeto v poskusu hujšega kaznivega dejanja.

Člen **navidezno** ne daje posebnih izhodišč za morebitna protislovja ali ugovore. Govori o telesnem poškodovanju s soglasjem poškodovanca in če to prevedemo vsaj v zdravnikom nekoliko bolj razumljiv jezik, potlej govori o tem, da je zdravljenje brez bolnikove privolitve kaznivo dejanje. Protipravnost mu odvzema **zakonita privolitve**. Ali drugače: zdravljenje, ki s seboj prinaša elemente **naklepne** hude ali posebej hude telesne poškodbe, je samo zase kaznivo dejanje. Z bolnikovo privolitvijo to kaznivo dejanje ni v nasprotju z zakonom (ni protipravno). Člen sicer ne uporablja besede zdravljenje. Vendar šele razumevanje pravno teoretičnega ozadja (3, 4) daje ustrezna izhodišča za razumevanje omenjenega člena. Če bi člen namreč hoteli na bolj preprosti ravni razumeti brez poznavanja pravno teoretičnega ozadja, bi morebiti domnevali, da se zelo ozko nanaša zgolj na kirurško stroko. Za kirurgijo je značilno (še posebej za klasično), da ob vstopanju v telo praviloma vsaj toliko načne telesno celovitost bolnika, da bi lahko na načelni ravni v pravnem jeziku prav vsak kirurški poseg označili vsaj kot lahko telesno poškodbo. Toda 125. člen se ne nanaša zgolj na kirurgijo.

Pogled v teoretično ozadje 125. člena

Člen sloni na dogmatski tezi iz nemškega naturalističnega koncepta pojmovanja telesne poškodbe (3). Po tej tezi je prav vsak poseg v telesno celovitost človeka kaznivo dejanje telesne poškodbe. Medicinska strokovnost, etika, dobrobit za bolnika, koristnost dejanja, namen ali kakršni koli drugi morebitni (tudi tehtni) pomisleki na to dogmatsko tezo nimajo prav nobenega vpliva. V praktičnem smislu je to tezo mogoče izoblikovati v člen zakona zgolj z uporabo pojma telesna poškodba. Pravo lahko namreč v svoj teoretični aparat dovolj učinkovito zajame le konkretnost in realnost človeškega telesa. V teoretičnem smislu človeka obravnava predvsem kot telesno bitje. Ostale razsežnosti človeka kot bitja je pravo zmožno na povsem koherenten način zajeti v svoj teoretični aparat le s skrajnimi težavami in zgolj z velikimi naporji (4). Morda se dober zgled za tak pravni pogled skriva v pravnem stavku (4), da je človek, ki telesa nima več, deležen le določenih (razumljivo zelo omejenih) oblik pravnega varstva (načelo pietete). Ali drugače: 125. člen, ki v svoji dikciji govori o telesni poškodbi, razume ta pojem kot kakršno koli dokazljivo ali merljivo poseganje v telesno celovitost (zaradi zdravil, narkoze ipd. (5)). Nanaša se torej na zdravljenje, ki ima merljive posledice. Slednje pa je značilno za skorajda vse postopke zdravljenja v sodobni zahodni medicini. Z vidika zdravnika pravna dogma naturalističnega koncepta

telesne poškodbe na praktični ravni pomeni, da je tudi povsem uspešno in zelo učinkovito zdravljenje brez kvalificirane privolitve kaznivo dejanje. Zgolj namen (pomagati bolniku v stiski) in izvrstna izpeljava zdravljenja (*lege artis*), celo s popolno ozdravitvijo (*restitutio ad integrum*), sami po sebi ne izključujejo protipravnosti kaznivega dejanja.

Če k temu dodamo še skrajno libertaren (v pravnem pogledu) pogled na vprašanje svobode razpolaganja s telesom in življenjem, po katerem je **pravno razpolaganje posameznika s svojim telesom (življenjem) povsem in brez omejitev brezmejno** (4), potlej pridemo do navidezno nesporne in samoumevne razlage vnosa 125. člena v KZ. Ker je tudi v kazenskem zakoniku potrebno svobodno razpolaganje s svojim telesom ustrezno zavarovati, mora kazenski zakonik vsebovati posebno inkriminacijo samovoljnega zdravljenja, v katerega so uvrščeni vsi zdravniški posegi brez veljavne privolitve (2, 3). Hkrati pa iz pravno teoretičnega zornega kota vključitev take inkriminacije ustrezno kazenskopravno varuje tudi pravico bolnika do privolitve po pojasnilu (pravice bolnikov temeljijo na načelu samoodločbe glede posegov v telesno celovitost). Z zornega kota zdravnika to pomeni, da sme v skladu z zakonom zdraviti le tiste bolnike, od katerih pridobi kvalificirano privolitve (2). Kot kvalificirana privolitve se šteje privolitve, ki je skladna z Zakonom o pacientovih pravicah (6).

Protislovja na teoretični ravni

Če odmislimo vprašanje, zakaj so morali avtorji slovenskega KZ povzeti in formalno tudi zelo okorno izoblikovati togo dogmatsko normo iz nemške pravne teorije (zakaj v izvedbi niso posnemali francoskega ali avstrijskega zgleda? (7)), potlej se navkljub vsemu ni mogoče izogniti dejstvu, da sta obe tezi, torej teza o povsem brezmejnem razpolaganju s svojim telesom in naturalistični kazenskopravni pogled na naravo telesnih poškodb, v povezavi z medicino (a tudi sicer) sporni (3).

Naturalistični koncept obravnave telesnih poškodb v kazenskopravni teoriji, še posebej ortodoksni nemški pristop, ima številne (vidne) nasprotnike celo v Nemčiji. Anglosaške pravne teorije o istih zagatah na tem mestu ni mogoče enakopravno obravnavati, saj se celotna slovenska (nemška) zakonodaja od nje preveč razlikuje (8). V Nemčiji številni teoretiki prava skušajo ortodoksni tezi o kazenskopravni naravi vseh posegov v telesno celovitost človeka oporekati na primer z dejstvom, da je zdravljenje v veliko primerih družbeno koristno dejanje, da je v večjem deležu namenjeno obravnavi bolezni, popravi telesnih okvar in da samo zase že zgolj zaradi slednjega razloga ne more biti predmet inkriminacije (9). Hkrati opozarjajo, da ima teza pri obravnavi kaznivih dejanjih zoper telo zelo hude, celo neresljive zagate o opredelitvijo telesnih okvar (3), ki jih na primer povzročajo nekatere okužbe (zgled – okužba z virusom HIV).

Nasprotniki jim upravičeno odgovarjajo, da številni zdravniški posegi sami zase niso namenjeni zdravljenju (lepotna kirurgija, odvzem organov ipd.) in da je zdravje kot nedvoumen pojem težko opredeliti. Posledično je na teoretični ravni še

težje nedvoumno opredeliti pojem zdravljenja. Zavračajo tudi pojem dobrobiti zdravljenja za bolnike (iz pravno teoretičnega zornega kota), družbeno koristnost pa zavračajo iz zornega kota varovanja avtonomije posameznika, v slovenskem prostoru pa kot ostanek razmišljanja iz nekih preteklih časov (2).

Vendar nerešena teoretična vprašanja pri obravnavi nemškega naturalističnega koncepta telesnih poškodb in biti kaznivih dejanj upravičeno dovoljujejo vsaj vprašanje, zakaj v praktični izpeljavi (kazenski zakonik) ni mogoče poiskati pogleda, ki bi v kazenskopravnem smislu (tudi teoretičnem) lahko zaobšel težave nemškega modela, še posebej zaradi tega, ker nemška ureditev v Evropi ni edina in prav tako ne prevladujoča. Hude zagate ortodoksnega pogleda in njegovega popolnega ignoriranja medicinske znanosti z njeno etiko in filozofijo se kažejo že na povsem preprosti ravni primerjave dveh primerov: če si bo zdravnik drznil brez privolitve zdraviti poškodovanca, ki ga je telesno iznakazila poškodba (ki je zdravniku tudi odprla poti v telo) in ga bo ozdravil, potlej ni mogoče govoriti o tem, da je storil kaznivo dejanje poseganja v telesno celovitost. Telesno celovitost je zmalčila poškodba. Zdravnik je popravil posledice poškodbe, sam v telesno celovitost, ki je več ni bilo, pač ni posegal. A če si bo zdravnik brez privolitve drznil zdraviti bolnika z zlohrotnim tumorjem, bo stvar drugačna. Telesno celovitost je sicer načel tudi tumor, a zdravniku poti v telo ni odprla. Če bo zdravnik hotel tumor odstraniti, si bo moral sam napraviti vstopna vrata v telo. Ker je s tem okrnil telesno celovitost bolnika, je v skladu z nemško ortodoksno tezo storil kaznivo dejanje telesne poškodbe. Ali drugače, če parafraziramo prof. Korošca (3), ki sodi, da brez nemškega prava pri obravnavi kaznivih dejanj v zvezi z medicino v Sloveniji ne gre: viden del nemških in svetovnih teoretikov kazenskega prava se z nemško ortodoksno teorijo ne strinja. Za bolj poglobljeno razpravo o njej pa na tem mestu ni dovolj prostora.

Če si ogledamo drugo tezo (v družboslovnem pogledu **popolna avtonomija posameznika**), potlej bi bilo pričakovati, da bodo avtorji KZ z vpeljavo 125. člena tako dosledno in v sozvočju z omenjeno tezo spremenili prav vse ostale člene KZ, dotikajoče se medicine (a tudi ostalih področij življenja). A jih niso. 125. člen vnaša namreč v KZ še eno novost – to je sporazumno kaznivo dejanje, ki prav v primeru sporazuma ni sankcionirano (sporazum odpravlja protipravnost). Takih zgledov sporazumnih kaznivih dejanj je v družbi izven medicine kar nekaj, pa kazenski zakonik zanje ne zahteva kvalificirane privolitve. Najbolj očiten zgled iz športnega področja je boks. Dve odrasli osebi si v boksarskem ringu lahko (morata) naklepno zadajata zelo hude telesne poškodbe. Njunjo početje ni kaznivo dejanje, kvalificirana privolitev pa v KZ za ta in podobne športe (na primer hokej) tudi ni predpisana.

Posebej trd oreh v pravno teoretičnem pogledu je iz zornega kota povedanega samomor (medicinsko so vsi primeri odhajanja iz življenja pomembni zaradi številnih in izjemno občutljivih etičnih vprašanj). Samomor sam zase ni kaznivo dejanje. Pomoč pri samomoru je. Če bi sledili tezam iz teoretičnega

ozadja 125. člena, potlej je kazensko sankcioniranje pomoči pri samomoru nesmisel. V primeru sporazuma med obema vpletenima osebama (zdravnik-bolnik) 125. člen uvaja uporabo instituta odprave protipravnosti pri naklepni povzročitvi hude ali posebej hude telesne poškodbe (kvalificirana privolitev po 125. členu KZ). Če je to dovoljeno v 125. členu, potlej ni razloga, da kazensko pravo inkriminira pomoč pri samomoru, kjer gre za povsem enak sporazum. A z medicinskega kota se stvar na tem mestu še zdaleč ne zaključí. Bolnik, ki zaradi velikih izgub krvi drsi v povsem nesmiselno smrt in odklanja transfuzijo krvi, načelno opravlja samomor. Vendar mu zdravnik s transfuzijo krvi ne sme pomagati, saj zanjo nima kvalificirane privolitve. To je načelno dober zgled pomoči pri samomoru z opustitvenim dejanjem, ki pa ni sankcionirano, saj se v takem primeru hitro uporabi bolnikova pravica do samoodločbe. V čem pa je, ob podpori teze o popolni avtonomiji posameznika, ta samoodločba drugačna od samoodločbe pri »klasičnem« samomoru? A očitno je v takih primerih pogled na samomor drugačen kot pri »klasičnem« samomoru. Ta pogled se v Sloveniji odraža v posebnem strokovnem in družbenem odnosu do samomora (3). S tem kajpak ni prav nič narobe. Toda ko v pravno argumentacijo vnesemo družbeni odnos in posebno družbeno skrb za posameznika, se teza o popolni avtonomiji posameznika sesuje. Ali drugače: šele sedaj se je povsem upravičeno vprašati, kakšna je družbena korist (ob skorajda zgražajoči se omembi tega pojma v sodobni kazenskopravni slovenski teoretični misli (2,3)) od vpeljave nemške dogmatske opredelitve zdravljenja kot kaznivega dejanja v KZ RS?

Toda na stvar lahko pogledamo tudi z drugega zornega kota: bolnik, ki želi storiti samomor, se lahko z zdravnikom dogovori za poseg, ki bo poleg posebej hude telesne poškodbe pomenil še smrt. V slednjem miselnem konstrukt nam skozi široko odprta vrata dodatno vstopi še evtanazija. Kot končna posledica je sicer v KZ inkriminirana (umor). A jo bo kot tako težko prepoznati, saj se bo dogodila znotraj veljavnih zakonskih predpisov. Tokrat skozi odprta vrata 125. člena KZ.

Teza o popolni avtonomiji posameznika se končno povsem sesuje vase ob vprašanju nalezljivih bolezni. Medtem ko 125. člen dogmatsko togo zagovarja absolutistični pogled na popolno avtonomijo posameznika in v svoji teoriji zdravljenje kot družbeno koristno početje skorajda z zgražanjem zavrača z opominjanjem na posledice nekkih minulih časov (3), se v 177. členu KZ teoretični pristop obrne na glavo. 177. člen govori o prenašanju nalezljivih bolezni in o prisilnih ukrepih zoper avtonomijo posameznika. Člen v svojem prvem odstavku namreč pravi, da kdor se ne ravna po predpisih ali odredbah, s katerimi pristojni organ odredi pregled, razkuženje, izločitev bolnikov ali kakšne druge ukrepe za zatiranje ali preprečevanje nalezljivih bolezni pri ljudeh, in s tem povzroči, da se nalezljiva bolezen razširi, se kaznuje z denarno kaznijo ali zaporom do enega leta. Gre za eklatanten in grob poseg v avtonomijo posameznika. A vključitev tega člena v KZ se opravičuje prav z družbeno skrbjo ali celo zaskrbljenostjo zaradi **javne morale** (3). Pravna

stroka skuša zadregi ob tako očitnih zgledih vlečenja različno obarvanih zajcev iz klobuka neobstoječih koherentnih teoretičnih temeljev zakriti z novo tezo, tokrat tezo o različnem tehtanju pravnih dobrin (10). Iz teoretično pravnega zornega kota je taka rokohitrska menjava tež prav malo podobna resnemu znanstvenemu diskurzu. Tehtanje različnih pravnih dobrin je namreč inherentno povsem arbitrarno in eklektično početje, odvisno od številnih družbenih vplivov, razmerij moči v družbi, številnih drugih družbenih mehanizmov in socioloških teorij, da o filozofiji in njenih različnih šolah niti ne govorimo. Tudi s tem ni prav nič narobe. A ob takem stanju stvari je vsaj presenetljivo neomajno vztrajanje na stališču, da je nemška dogmatska in ekstremno ortodoksna teza o naravi kaznivih dejanj zoper telesno celovitost tako izvrstna in dodelana, da o drugih teoretskih konceptih ni smiselno niti razpravljati (3).

In končno ob 125. členu novega KZ še vedno ostaja ter vztraja 178. člen KZ, ki govori o opustitvi zdravstvene pomoči. Ta člen inkriminira tisto, kar 125. člen odpravlja!? Člen pravi, da se zdravnik ali drug zdravstveni delavec, ki v nasprotju s svojo poklicno dolžnostjo ne pomaga bolniku ali komu drugemu, ki je v nevarnosti za življenje, kaznuje z zaporom do enega leta. V 125. členu je govora o popolni avtonomiji osebnosti in o **absolutni pravici** do samoodločanja (ko gre za zdravljenje). V 125. členu tako ni več prav nobenega mesta, niti za molekulo tiskarskega črnila ga ni, za kakršno koli zdravnikovo dolžnostno ali prisilno poklicno ravnanje. Zdravnik lahko vendar v skladu s tem členom svoje znanje in pravila stroke zakonito uporabi šele po pridobitvi kvalificirane privolitve!

Zagate z izjavami volje

Nekateri pravni strokovnjaki menijo, da opredelitev zdravljenja, sloneča na nemških pravno teoretičnih dogmatskih tezah in udejanjena v 125. členu KZ, ne poslabšuje pravnega položaja zdravnika v družbi (3). Taka dikcija daje slutiti, da je bil člen vpeljan zaradi zdravnikov! Toda, ali si je mogoče zaradi nenaklonjenosti do neke poklicne skupine v zakonskem tekstu, kot je Kazenski zakonik, dovoliti ogrožanja celotnega prebivalstva? Člen namreč poslabšuje dejanski položaj bolnikov.

Če namenoma odrinemo načrtovano zdravljenje, kjer je kvalificirano privolitev načelno mogoče pridobiti na zakonsko veljaven način (a tudi tam se pojavljajo številne zagate, izhajajoče iz 125. člena KZ), ob stran, še vedno ostaja vprašanje nujne medicinske pomoči. Snovalci KZ se s tem vprašanjem niso ukvarjali pretirano poglobljeno. V 125. členu KZ govorijo namreč o privolitvi, dobljeni v obliki in ob pogojih, ki jih določa zakon. V mislih imajo privolitev, kot jo določa Zakon o pacientovih pravicah (ZPacP).

V ZPacP pa se je (ne)namerno zapisalo, da je mogoče posege nujne medicinske pomoči opraviti brez bolnikove privolitve le v primerih, ko bolnik ni zmožen odločanja o sebi ali ko ni zmožen izraziti svoje volje (28. člen ZPacP). S tako dikcijo ZPacP bistveno odstopa od Oviidske konvencije (11), ki je krovni evropski dokument, ko gre za etično in pravno obravnavo

občutljivih medicinskih vprašanj.

Oviidska konvencija v svojem 8. členu nujna stanja obravnava takole:

Kadar zaradi nujnega stanja ni mogoče dobiti ustrezne privolitve, se sme takoj opraviti vsak medicinsko potreben poseg v korist zdravja posameznika, ki ga to zadeva.

Razlike med 28. členom ZPacP in 8. členom Oviidske konvencije niso zgolj teoretične, minorne ali besedotvorne. Oviidska konvencija se je pri nujnih medicinskih stanjih izognila opisu ali opredelitvi bolnikove zmožnosti odločanja ali presojanja. Kar je povsem razumljivo in je bilo storjeno po dolгих in tehničnih razpravah. Pri nujnih medicinskih stanjih gre za dogodke, ki potekajo v hudi časovni stiski, kjer je v pravnem pomenu pravo voljo prizadetih bolnikov težko ugotavljati in kjer bi postavljanje vrednot dlakocepskega in ortodoksno normativnega prava pred vrednoto varovanja življenja pomenilo, da številni bolniki tega prava v vsej njegovi globini in širini najbrž ne bodo več potrebovali. Človek, ki telesa nima več, je pač deležen le določenih oblik pravnega varstva (načelo pietete).

Slovenski ZPacP v povezavi s 125. členom KZ očitno stvari vidi drugače. Nujno medicinsko pomoč je možno nuditi le bolnikom (zbolelim zaradi telesnih bolezni), ki niso zmožni odločanja, in bolnikom, ki niso zmožni izraziti svoje volje.

Značilen zgled za bolnika, ki ni zmožen odločanja, je v komentarju k ZPacP nezavesten bolnik. Na postaje nujne medicinske pomoči ali na urgentne centre pripeljejo le manjši delež nezavestnih bolnikov. Vsi ostali, ki so pri zavesti, so iz strogo pravnega zornega kota zmožni izraziti svojo voljo. Prava ne zanima, ali je ta volja prava. Volja obstaja, kakršna koli pač že je, in ker je tam, je torej potrebno od bolnika najprej pridobiti kvalificirano privolitev in šele potlej pričeti z zdravljenjem. Če si zdravnik ne pridobi kvalificirane privolitve, opravlja kaznivo dejanje. Če mora ob tem opraviti še nujen poseg, ki nemara zahteva odpiranje ene izmed velikih telesnih votlin (na primer prsnega koša), gre najmanj za kaznivo dejanje **naklepne povzročitve hude telesne poškodbe**. Za nujno medicinsko pomoč in posledično za bolnike je tako gledanje blago rečeno katastrofalno in hudo škodljivo.

Podoben zgled je bolnik, ki zaradi obilne krvavitve drsi v hemoragični šok. Tak bolnik je lahko do zadnjega pri zavesti. Vsako odlašanje z ustreznim zdravljenjem je zanj usodno. Toda dokler je pri zavesti, je zmožen izražati voljo in je od njega v skladu z 28. členom ZPacP in grožnjo 125. člena KZ potrebno pridobiti kvalificirano privolitev. Po opisu in komentarju k ZPacP, ki razlaga, kaj vse mora biti storjeno (po obliki, vsebini in obsegu), da zdravnik pridobi zakonito privolitev (6), je mogoče sklepati, da bo za ta proces zelo uren zdravnik porabil vsaj trideset minut. Po preteku tega časa se bo najbrž moral s svojci pogovarjati o podpisu drugih pravnih listin. A jih ne bo podpisoval bolnik. Podpisnik bo zdravnik. Domnevati je mogoče, da bo med njimi tudi mrliški list. Zgled je resničen in ni miselni konstrukt. Na enem izmed sodišč v RS še vedno teče obravnavo zoper

zdravnike, ki so zdravili bolnika, ki je zaradi obilne krvavitve iz zgornjih prebavil drsel v ireverzibilni hemoragični šok. Večkratne endoskopske sklerozacije krvaveče želodčne razjede niso bile uspešne. Bolnik je bil urgentno operiran in je preživel. Njegov odvetnik pred sodiščem vztraja na trditvi, da bolnik v kirurški poseg ni privolil na zakonit način. Zdravniki niso čakali, da bi bolnik padel v nezavest (da bi bil torej nezmožen izražati svojo voljo). Ker so ga operirali, ko je še bil pri zavesti, bolnikov odvetnik vztraja pri stališču, da je bil zmožen izražati svojo voljo. Dejstvo, da je bila morebiti zaradi hemoragičnega šoka motena zavest, ga iz pravno teoretičnega zornega kota ne zanima.

Tudi drugi primer je resničen. Zdravnica je zaradi astmatičnega napada zdrsnila v hudo dihalno stisko. Ekipa nujne medicinske pomoči je takoj prihitela na kraj dogodka. Zdravnik iz ekipe je kolegiči pojasnil, da jo bo moral intubirati. Verbalno in neverbalno je odločno ter povsem jasno izrazila svojo voljo in poseg odklonila. Zdravnik iz ekipe nujne medicinske pomoči jo je zaradi resnosti njenega stanja kljub temu intubiral. Ko si je kasneje opomogla, se mu je osebno zahvalila, da ji je rešil življenje. Povedala mu je, da v trenutku dihalne stiske ni bila zmožna jasno razmišljati in da so bili njeni odzivi zaradi pomanjkanja zraka znak neznosne duševne stiske in panike. V skladu z 28. členom ZPacP in 125. členom KZ bi jo zdravnik moral pustiti umreti. Njene navzven izražene zmotne in napačne volje si namreč ne bi smel razlagati s fiziološkimi dogajanjem v telesu, temveč bi jo moral v skladu z ortodoksnimi pravnimi pogledi upoštevati in bolnico prepustiti ozkim pravnim normam in končnemu stanju človeka brez telesa.

Našteli bi lahko še številne podobne primere. A oba opisana primera dovolj zgovorno kažeta na absurdnost veljavne zakonske ureditve in poleg vsega še na grotesknost hkratnega obstoja 125. in 178. člena KZ.

Nezmožnost koherentne enakopravne kazenskoopravne (a tudi civilnopravne) teoretične obravnave bolnikov končno kaže tudi nov Zakon od duševnem zdravju (Uradni list RS, št. 77/2008). Na tem mestu je zanimiv zgolj tisti del, ki se ukvarja z nujno medicinsko pomočjo duševnim bolnikom. Primerjava z ZPacP in 125. členom KZ je zanimiva zgolj zaradi tega, ker kaže, kako pravo v svoji izvedbeni obliki razume filozofski dualizem telesa in duha. Zakon o duševnem zdravju namreč omogoča zdravljenje in hospitalizacijo na zaprtem oddelku tudi brez privolitve bolnika. Sprejem na zdravljenje brez privolitve je v primeru nujnih stanj v psihiatriji možen pred sklepom sodišča v vseh primerih, kadar je zaradi narave duševne bolezni to nujno potrebno. Ta pravno teoretični dualizem je dovolj poveden: pri zdravljenju telesnih bolezni je zmožen izraziti svojo voljo in dolžan dati kvalificirano privolitev praviloma vsak slehernik, ki ni v nezavesti; pri zdravljenju duševnih bolezni pa se *a priori* vsakemu bolniku, ki ima hudo duševno bolezen (in se slučajno znajde v očeh drugih kot kandidat, ustrezaajoč členom Zakona o duševnem zdravju), zakonsko odreka zmožnost izjavljanja volje. Ali drugače: ko gre za vprašanja človeškega telesa (le z njim

lahko pravna teorija nekaj resnega počne), se mu je pri nujnih medicinskih primerih pravo pripravljeno odreči (telo lahko tudi umre) na račun ugotavljanja bolnikove izražene volje. Ko gre pa za resnično pomembno vprašanje stanja volje (duševni bolnik), te volje ni treba ne ugotavljati in ne upoštevati (možen in dovoljen je povsem zakonit in grob poseg (kazenskoopravno indiferenten) v **telesno** avtonomijo bolnika – zdravljenje in odvzem prostosti brez privolitve ali celo ob bolnikovem nasprotovanju).

Morda je videti ukvarjanje s pacientovo voljo pretirano, vendar ne smemo pozabiti, da nemški pravni model obravnave medicinskega kazenskega prava v celoti pade ali obstoji prav na tem vprašanju, ki ga obe stroki razumljivo vidita povsem različno. Kvalificirana privolitev je po nemškem modelu *conditio sine qua non* za odpravo protipravnosti kaznivega dejanja zdravljenja! Zanj pa je potrebno ustrezno stanje volje (zdravljenje je sporazumno kaznivo dejanje – sporazum nu jemlje protipravnost). Prav obravnava izjav volje in njihovo različno razumevanje (medicinski in pravni pogled sta pri tem vprašanju tako različna, da bolj ne bi mogla biti) je ena izmed najšibkejših točk nemškega pravnega modela medicinskega kazenskega prava. A tudi nasploh je obravnava izjav volje ena izmed najšibkejših točk teoretičnega prava, saj, kot smo že omenili, teoretično pravo mnogo lažje shaja s človekovim telesom kot z njegovim duhom, voljo ali razumom (4).

Ali gre drugače?

Primerjava s pravnimi ureditvami ostalih evropskih držav se na tem mestu ne zdi primerna. Za to obstaja več razlogov. Viden slovenski teoretik kazenskega prava opisuje (2), da še ni srečal pravnika, ki bi suvereno (primerjalno) obvladal medicinsko kazensko pravo vsaj desetih evropskih držav. Domnevati je torej mogoče, da so pravne ureditve tega področja sila različne. A če so tako različne, se utemeljeno zastavi vprašanje, zakaj tudi Slovenija ne more imeti svoje ureditve? Kajpak ne zaradi tega, da bi pač imeli še eno različno ureditev, temveč zaradi tega, da bi našli sprejemljivo rešitev, ki bi se ustrezno odzvala na vse zagate, znane iz ostalih ureditev. Hkrati ta različnost seveda zelo nazorno kaže, da je mogoče stvari urediti drugače. Isti avtor (2) ponuja odgovor: Slovenija povzema nemški model, ker slednji **slovi** kot najbolj dodelan. Če bi torej želeli opraviti primerjalno analizo z ostalimi pravnimi ureditvami (zakaj, denimo, Slovenija ne povzema francoske?), bi se srečali s skorajda aksiomatskim očitkom, da Slovenija absolutno ne zmore brez **slovečega** nemškega modela. O aksiomih pa ni preproste razprave. A če Slovenija na tem področju resnično ne zmore ustrezno delovati brez nemškega modela, se takoj zastavi vprašanje, ali obstaja pravna ureditev, sloneča na nemškem modelu, ki to področje ureja drugače. Obstaja, v naši soseščini. Avstrijska zakonodaja skorajda v vseh podrobnostih sledi nemškemu teoretičnemu konceptu kazenskoopravne obravnave telesnih poškodb, vendar se v izvedbi (kazenski zakonik) zaveda šibkosti tega modela in ima v kazenskem zakoniku odredbe, ki upoštevajo vsaj zagate, dotikajoče se nujne medicinske pomoči ali primerov, ko iz različnih utemeljenih razlogov ni mogoče pridobiti **kvalificirane privolitve** za medicinski poseg (7).

V 110. členu avstrijskega kazenskega zakonika (7) zakonodajalec obravnava samovoljno zdravljenje (zdravljenje brez pridobljene kvalificirane privolitve). V prvem odstavku je navedena zagrožena kazen za primere popolnoma nedvoumnega samovoljnega zdravljenja (takega primera v Avstriji še niso obravnavali, kajti v vsakem civilnem pravu so dovoljene vse oblike izražanja volje in odsotnost obličnosti privolitve – kvalificirana privolitev – še ne pomeni, da privolitve ni bilo. Vendar na tem mestu ni mogoče odpreti še tega vprašanja), opravljenega po vseh pravilih stroke. Za tak primer avstrijski zakonodajalec predvideva zaporno kazen šestih mesecev ali denarno kazen v višini 360 dnevnik zaslužkov. V drugem odstavku zakonodajalec pojasnjuje, da je v primerih, ko privolitve ni bilo mogoče pridobiti in ko bi zaradi odlaganja medicinskega posega lahko bilo resno ogroženo življenje bolnika, zdravnik kazensko odgovoren (po prvem odstavku tega člena) le takrat, ko dejansko ni šlo za nujen poseg in ko se je zdravnik ob polnem upoštevanju vse strokovne skrbnosti tega zavedal.

Če to primerjamo s 125. členom KZ RS, je razlika očitna. Slovenskega zakonodajalca (piscev kazenskega zakonika) posebnosti medicine kot vede, stroke ali znanstvenega področja z izjemno razvito, dodelano in **svetovno slovečo etično in filozofsko mislijo** ne zanimajo. Prav tako ga ne zanima vpliv zakonodaje na bolnike. Zdravljenje je v slovenski kazenski zakonodaji obravnavano kot običajno kaznivo dejanje zoper telo, kjer se kazen odmerja po stopnji telesne poškodbe. Po odpiranju prsnega koša brez **kvalificirane privolitve** je za to dejanje (vsaj huda telesna poškodba) zagrožena zaporna kazen na primer do petih let (lahko je tudi višja). Srž očitnosti razlike se kajpak ne nahaja zgolj v višini zagrožene kazni, temveč v povsem jasno razvidnem drugačnem izhodiščnem obravnavanju medicine v avstrijski kazenski zakonodaji.

Zaključek

Iz dosegljive slovenske pravne literature ni razvidno, zakaj je bilo potrebno 125. člen s točno takim besedotvorjem vključiti v KZ. Iz dosegljivih dokumentov (2, 3, 12) pa kar puhti sapa nenaklonjenosti do zdravniškega poklica. Prav. Morda bi se ob tem lahko kdo spomnil na bolnike (to je lahko v hipu katerikoli slehernik; dovolj je na primer majhna nepredvidnost na cesti), ki jih 125. člen resnično ogroža. Za gašenje vsaj enega izmed vogalov te goreče hiše bi bilo smiselno spremeniti vsaj dikcijo Zakona o pacientovih pravicah v delu, ki govori o nujni medicinski pomoči, in jo nadomestiti z ustrežno dikcijo Oviedske konvencije. Smiselna bi bila kajpak tudi sprememba celotnega 125. člena KZ. A ker ta člen očitno plava na duhu nenaklonjenosti do določenega poklica, je iz povsem praktičnih izkušenj s takimi stanji mogoče domnevati, da ustrežna rešitev ne bo hitro ugledala luči dneva. Ko smo to vprašanje načeli na enem izmed srečanj med zdravniki in pravniki, so nas skušali pomiriti z besedami, da naj vendarle računamo na razumnega in modrega sodnika. Veliko bolje bi kajpak bilo računati na razumnega in modrega zakonodajalca. Slednjega očitno ni. In ker se vsak račun brez krčmarja izide z zelo nepredvidljivimi posledicami, je tudi nemogoče napovedati, kako bo 125. člen KZ dodatno

vplival na odnose med zdravniki in bolniki takrat, ko se bodo po novem členu KZ pričeli prvi kazenski procesi zoper zdravnike. Saj ni potrebno, da bo zdravnik obsojen. Dovolj bosta javno ožigosanje med samim procesom, da je kriminalec, in doneč preblisk spoznanja, da je zdravljenje kot tako v Sloveniji v svojem bistvu kaznivo dejanje. Že sedaj pa je mogoče brez pretirane jasnovidnosti trditi, da bo iskanje kvalificirane privolitve za vsako ceno (da bi se izognili kazenskemu pregonu) škodljivo vplivalo na običajne procese ugotavljanja in zdravljenja bolezni.

Literatura:

1. Uradni list RS, št. 55-2008 z dne 4. 6. 2008.
2. Korošec D. Pravice zdravnikov v Sloveniji in Evropi (osebno stno pravni vidik). Zdrav Vestn 2006; 75: 645–61.
3. Korošec D. Medicinsko kazensko pravo. Pravna fakulteta in Cankarjeva zložba. 2004.
4. Bošnjak M. Razvoj sodobne biomedicine in kazensko pravo. Doktorska disertacija. Univerza v Ljubljani. Pravna fakulteta 2002.
5. Majunke P. Anaesthesie und Strafrecht. Ferdinand Enke Verlag. Stuttgart 1988.
6. Korošec D eds. Zakon o pacientovih pravicah s komentarjem. Založba Gospodarski vestnik. Ljubljana 2009.
7. Beppel A. Aertzliche Aufklaerung in der Rechtsprechung. Die Entwicklung der Rechtsprechung zur Aertzlichen Aufklaerung in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz. Universitaetsverlag Goettingen 2007.
8. Somerville MA. Medical interventions and the criminal law: lawful or excusable wounding? McGill Law Journal, 1980; 26: 82–96.
9. Kaufmann A eds. Moderne Medizin und Strafrecht. CF Mueller Juristischer Verlag. Heidelberg 1989.
10. Selinšek L. Kazensko pravo. Založba Gospodarski vestnik. Ljubljana 2007.
11. Konvencija Sveta Evrope o varovanju človekovih pravic in dostojanstva človeškega bitja v zvezi z uporabo biologije in medicine (Oviedska konvencija). <http://www.kme-nmec.si>
12. Kazenski zakonik: KZ-1 in KZ-UPB1. (Bele I, Deisinger M, Jakulin V – avtorji dodatnega besedila). Založba Gospodarski vestnik. Ljubljana 2008.

Zdravstvo je moralna vrednota družbe, ne pa ekonomski porabnik vsemogočnega trga

Davorin Dajčman

V času ekonomske krize preteklega leta smo lahko veliko brali in slišali o »privilegijah« zaposlenih v javnem sektorju. Predvsem na račun zagotovljene stalne zaposlitve in posledično zanesljivega vira zaslužka. V družbi naj bi se ti privilegiji kazali v primerjavi s tistimi, ki v času gospodarske krize izgubljajo službe (Mura, Gorenje, MIP...). S tega stališča logično sledi, da so v pravičnem stanju lahko le tisti ljudje, katerih zaposlitev in višina plače sta neposredno odvisni od ekonomskih razmer in krutih lastnosti tržišča. Takšna stališča jasno dokazujejo, da je politični sistem zašel v krizo in se trudi, da ohrani moč in obvlada množice nezaposlenih in socialno ogroženih ljudi. Zato številni politiki in menedžerji države glasno zahtevajo krčenje javnega sektorja, zmanjšanje izdatkov za šolstvo, znanost, zdravstvo in kulturo. Tako se v javnem sektorju vse bolj poskuša uvesti predvsem količinska merila storilnosti na eni strani ter birokratiziran nadzor kakovosti in stroškov na drugi strani.

V javni sektor sodi tudi zdravstvo, ki pa se mora vse bolj otepati izgube »kritičnega odnosa države« do stvarnih ocen storilnostne zmogljivosti, strokovnega znanja, načina financiranja in sprejemanja nove zakonodaje. Naj poudarim, da danes zdravstveni zavodi in ustanove, zaradi vse večjega vpliva nezdravstvenih dejavnosti in prepričanj, ki jih diktirajo na nacionalnem nivoju institucionalizirane zdravstvene politike, ne morejo več zadovoljivo in neodvisno opravljati svojega temeljnega poslanstva. Vse manj se ukvarjajo z znanstveno medicino in vse več z birokratiziranimi postopki zdravljenja, s čimer mislim tako strokovne kot organizacijske »ideološke tehnike«. Politiki nas skušajo prepričati, da bi z ekonomsko logiko, kot »ideološkim motorjem« družbe, lahko rešili krizo tudi v zdravstvu; to vključuje povečanje storilnosti, zmanjšanje stroškov zdravljenja in discipliniranje rasti plač.

Aktivisti zdravniškega stanu, tudi znotraj Koordinacije zdravniških organizacij, se zavzemamo za ravnovesje in pravičnost na področju zdravstvene dejavnosti, razvoja medicinskega znanja in tehnologije, pravic bolnikov ter ustreznega vrednotenja opravljenega dela. Stroge »bilančne rešitve« ne bodo izboljšale kakovosti dejavnosti ali izboljšale finančnega izkoristka zdravstva, zanesljivo pa bodo povečale količino kratkoročnih in nestabilnih sistemskih rešitev, usmerjenih predvsem v »ukrepe prilaganja in varovanja interesov« pod nadzorom državnih plačnikov ter političnih revizorjev. Posledice tega pa

so lahko pogubne za zdravstvo: zdravstveni zavodi in ustanove ter njihovi zaposleni (javni in zasebni) se bodo morali vse več ukvarjati z obstoječo »logiko tržnosti« in družbenim obnavljanjem »pravozdravstva«, torej z dejavnostjo, podprto z zapleteno zakonodajo. Urejenost, pravičnost, preglednost in seveda strokovnost procesov v zdravstvu so nujni, vendar se rešitve ne morejo skrivati samo v bilancah zdravstvene porabe, zategovanju pasu zdravstvenih delavcev in paradnih nastopih posameznih dosežkov »tehnomedicine«. Zagotavljanje kakovostnega zdravstvenega varstva državljanov ni mogoče, če se morajo zdravstveni delavci ukvarjati s problemi ekonomike, zapletenih procesov doslednega vodenja in hranjena dokazov o zakonskih obveznostih slehernega postopka v razmerju do bolnika ter s pritiskom na vest, zaradi »privilegija« pri izplačevanju plač za opravljeno delo. Tako zdravstvo bo težko ustvarilo novosti, še težje pa ohranilo človeškost in zaupanje v odnosih z bolnikom in družbo kot celoto.

Civilni družbi in zdravniškemu stanu državne ustanove zdravstvene politike in financiranja postopoma omejujejo zdravstveno in družbeno kritičnost, zdravstvenim delavcem pa zavirajo poklicno in humanistično držo, s čimer nam postopoma usiha naša življenjska energija. Če se v javnosti pojavijo diametralno nasprotna trditve o izvedenem usklajevanju dilem pri uvajanju novega zakona o zdravstveni dejavnosti (ZZDej) med predsednikom izvršne oblasti in predsednico zdravniške zbornice, ki je po dosedANJI zakonodaji še vedno od države pooblaščen administrativni upravljevalec zdravništva, potem si v bodoče ne moremo obetati izboljšanja stanja. Zadeva, ki kar vpije po razjasnitvi, je prav način vsebinske izdelave predlogov nove zakonodaje na področju zdravstva; že priprava in sestava ekspertnih skupin je nejasna, vsebina predlagane zakonodaje pa nedodelana – odločitev o uzakonitvi predloga v parlamentu pa žal vedno politična, četudi se zdi, da bi trenutna vlada rada ravnala po načelu »malo za tebe, malo za mene!«. Pri tem pa ni jasno, kakšna bo osnovna narava predlagane zdravstvene reforme: bolj socialna, bolj tržna, bolj pravična, bolj strokovna, bolj ekonomična, itd.? Sicer pa upajmo, da odločilne preizkušnje morda šele pridejo, kljub zaostrovanju socialne stiske v družbi, ki odločilno vpliva tudi na razvoj dogodkov v zdravstvu. Nakazovanje ekonomskega okrevanja v svetu bo morda nekoliko ohladilo politične glave in s tem ustvarilo boljše pogoje za dialog.

Razkrivanje zmotljivosti, pomanjkljivosti in napak v zdravstvu in drugod

Dušan Nolimal

Mnogi kolegi in kolegice opozarjajo na pojave »načrtnega ignoriranja zdravniške stroke« ter »pešanja poklicne avtonomije« in »nemoč v izražanju mnenj«, kar lahko (ne)posredno občutijo tudi bolniki. Na drugi strani pa medicina vse bolj postaja tudi sestavni del širših razsežnosti: proučevanja okolja, podnebnih sprememb, masovnih epidemioloških groženj, socialnih neenakosti, kršenja človekovih pravic... Od nje se pričakuje relevantne znanstvene in strokovne aktivnosti in sodelovanje pri odpravljanju vzrokov in posledic teh groženj. Kodeks medicinske deontologije Slovenije zdravnike v različnih poglavjih zavezuje k intelektualnemu in javnemu delu. Z njim se zavezujemo k spoštovanju (medicinske) etike, človekovih pravic in skrbi za človečnost. Vprašanje zdravja ljudi tako že dolgo ni več le lokalno vprašanje in niti ne samo vprašanje medicinske stroke. Zdravniki se pri svojem delu vedno bolj srečujejo z znanji različnih področij. Pri tem medicina širi svoj družbeni vpliv in zdravniki vse bolj sodelujemo z drugimi sektorji pri reševanju vprašanj glede ekonomskih razmer, politike, različnih podsistemov, ki vplivajo na zdravje ljudi. Ob tem pa priporočila zdravniških združenj opozarjajo na potrebo po strokovni neodvisnosti zdravnikov pri njihovem delu in dopuščajo »možnost zoperstavljanja državnim predpisom in političnim merilom, če zahtevajo odločitve v nasprotju z zdravnikovim strokovnim prepričanjem in vestjo...«.

Zdravnik se kot javni delavec ne more umikati v osamo privatnega življenja, temveč mora prispevati za dobrobit in napredek skupnosti, v kateri živi in deluje (13. člen Kodeksa medicinske etike in deontologije).

Če kakšen/določen problem zadeva naše strokovno področje, npr. ob sprejemanju neke odločitve, v delovnem okolju ali širše, in se nakazujejo rešitve, ki jih razumemo za pomanjkljive, celo zdravju škodljive, potem je dolžnost zdravnika – intelektualca, da argumentirano in konstruktivno opozori na te domnevne slabosti. Njegova dolžnost oz. odgovornost se veča glede na posebna znanja (specializacijo), težavnost okoliščin in nujnost presoje. Zlasti zdravniki specialisti javnega zdravja oz. po starem socialne medicine lahko na osnovi epidemioloških podatkov in izsledkov posebnih raziskav prikažemo vplive širšega okolja in politik drugih sektorjev na zdravje prebivalcev. Ne spremljamo le negativnih vplivov okolja na zdravje ljudi in aktivno odkrivamo sistemskih težav ter predlagamo rešitev. Vse pomembnejše postaja prikazovanje (neupravičenih) razlik v zdravstvenem stanju med prebivalstvom glede na socialno-ekonomski status, geografsko lokacijo,

etnično pripadnost ali druge, za zdravje pomembne značilnosti (socialne determinante zdravja). Zmanjševanje razlik v zdravju je ena najpomembnejših aktivnosti pri izboljševanju zdravstvenega stanja prebivalstva (cilji strategije »Zdravje za vse v 21. stoletju« Svetovne zdravstvene organizacije). To vse bolj zahteva delovanje preko tradicionalnih zdravstvenih služb, obvladovanje menedžerskih in političnih spretnosti ter sodelovanje z drugimi sektorji. Seveda se vezanost na druge sektorje lahko sprevrže v zahteve po upoštevanju (političnih) meril, ki bi od zdravnika zahtevala odločitve v nasprotju z njegovim strokovnim prepričanjem in vestjo. Vendar vsak zdravnik(ca) lahko z znanjem, in predvsem s strokovno avtonomnostjo – ki vključuje svobodno razmišljanje, tudi morebitna nasprotna prepričanja – bistveno prispeva k odkrivanju pomanjkljivosti in napak v lastnem delovnem okolju in zunaj njega ter izboljševanju zdravstvenega stanja ljudi in okolja. Svobodno misliti pa pomeni kritično in samostojno misliti (z lastno glavo) ter znati in upati si dvomiti tudi o avtoritetah in dogmah. Kapitalizem in birokracija vse bolj oblikujeta zdravstvo in medicino, kar se vidi v delitvi dela, odločanju o prioritetah, denarju, kadrih in hierarhiji. Prihaja do polarizacije zdravništva. Problem vzpona politike in birokracije je, da imamo zdravniki vse bolj omejene možnosti odločanja o organizacijski praksi in politiki v zdravstvu. Rezultat so lahko različni konflikti na delovnem mestu ali pa samocenzura, kar vse lahko vodi v zmanjševanje produktivnosti in kakovosti v zdravstvu. Naš delodajalec nam lahko omejuje svobodo izražanja zaradi varovanja pravic drugih ljudi, preprečitve razkritja zaupnih informacij, varovanja svoje avtoritete in ugleda ipd. Kaj motivira nekatere zdravnike, da se, navkljub tveganju izgube položaja, kariere in povračilnih ukrepov, odločijo javnosti razkriti organizacijske in druge pojave, ki negativno vplivajo na zdravstvo, bolnike in zdravje ljudi? Koga moti, da zdravniki sodelujemo pri reševanju ekonomskih, političnih in drugih razmer, povezanih z zdravjem? Varuhi človekovih pravic in zakonodajca pri nas ne ščitijo teh posameznikov, ki opozarjajo na organizacijske pomanjkljivosti, tudi napake, si upajo argumentirano kritizirati nesposobna ali celo koruptivna vodstva ter razkrivajo pojave, ki lahko ogrožajo zdravje ljudi in/ali okolja in pri tem delujejo v skladu z etičnim kodeksom. Zaradi razmišljanja s svojo glavo in na glas so ti strokovnjaki v službi lahko deležni pretiranega nadzora, nepotrebnih ovir, obrekovanja oz. širjenje lažnivih informacij, osamitve, šikaniranja ter drugih prefinjenih oblik psihičnega nasilja in ne nazadnje odvzema možnosti izražanja. Zato je potrebno stalno

tehtanje pravic svobode izražanja in njenega omejevanja, saj je delodajalec (vodstvo delovne organizacije) v prednostnem položaju. Izpostaviti velja besede našega strokovnjaka javnega zdravja glede zdravnikove odgovornosti: »Ko gre za profesionalne zadeve javnega zdravja, morajo imeti zdravniki in drugi strokovnjaki pravico direktnega dostopa do političnih določevalcev in javnosti, po potrebi tudi mimo direktorja...« (Dr. Premik.) Zato svoboda razmišljanja in izražanja, ki vsebuje tudi pravico kritizirati vse, kar škoduje zdravju ljudi, pri opravljanju zdravniškega poklica ni le pogoj za uveljavljanje osebne moralne odgovornosti, ampak tudi povsem praktično strokovno in politično vprašanje.

Nenazadnje pa smo zdravniki predolgo in preveč molčali

tudi o lastnih napakah, ki se lahko pojavljajo v procesu zdravljenja in druge obravnave. Raziskave v tujini so pokazale, da so te napake osupljivo pogoste. Razkrivanje in analiza vplivov na zdravje znotraj in zunaj zdravstvenega sistema sta pomembna – toda ne edina – ukrepa, da se prepreči ponavljanje napak ter skušajo odpraviti pomanjkljivosti. Primerni postopki upravljanja (menedžeriranja) in medosebni odnosi na delovnem mestu so ključni dejavniki uspešnega delovanja vsake delovne organizacije. Pri tem posebno pozornost zasluži tudi spremljanje in ozaveščanje o vplivih socialnih in ekonomskih determinant na opravljanje našega dela in zdravje najbolj ogroženih, kar je dobilo še dodaten pomen z ekonomsko recesijo.

Kdaj bomo porodničarji in ginekologi Slovenije imeli krovno nacionalno združenje?

Ali: taki smo kot žene alkoholikov

Živa Novak Antolič

Ko si ga bomo zaslužili.

Kdaj ga bomo zaslužili?

Ko bomo vsi spoznali, da ga potrebujemo.

Kdaj bomo spoznali, da ga potrebujemo?

Ko bo večini nas jasno, da nam je le močno strokovno krovno združenje v veliko pomoč in da je le to učinkovito sogovornik z ministrstvom, zbornico in zavarovalnico. Kaj naj bi pa sploh delalo tako krovno združenje?

Marsikaj, na primer:

1. Krovno nacionalno združenje ima za cilj boljše zdravje žensk in otrok in zato počne marsikaj.
2. Krovno nacionalno združenje ima jasno vizijo razvoja stroke. V bodoče se bo nujno treba dogovoriti za delitev dela med ginekologi in bobicami, ugotoviti, da je problem v slabi izurjenosti novih specialistov, da se število tožb na področju ginekologije viša.
3. Krovno nacionalno združenje zastopa cilje (gl. točko 1) pri dogovarjanju z Ministrstvom za zdravje, Zdravniško zbornico Slovenije, ZZZS in še kom. O tem, koliko porodničarjev in ginekologov potrebujemo v Sloveniji, koliko in kakšne porodnišnice potrebujemo.
4. Krovno nacionalno združenje skrbi za odlično specializacijo, saj tako zagotavlja odličnost stroke. Ve
5. naj, da je hiperprodukcija manj kakovostnih kadrov slabša od manjše produkcije kakovostnih kadrov. Ukiniti moramo regijski princip izbire specializantov, ki je pripeljal tudi do zlorab (prijava v »podhranjeno« regijo, ker je bodoči specializant vedel, da bo zanesljivo sprejet, po specialističnem izpitu pa gre v drugo regijo brez posebnih ovir). Z enotno izbiro se bo povečala konkurenčnost in s tem kakovost specializacije.
6. Krovno nacionalno združenje skrbi za vsebino specializacije, ki jo stalno izboljšuje, skrbi za ustrezno akreditacijo ustanov za izvajanje specializacije, skrbi za ustrezno izobraženost glavnih in neposrednih mentorjev, skrbi za kontinuirano vrednotenje in ocenjevanje specializantov, programa specializacije, veččin (1) in odnosa, strukturiranih delavnic in tečajev, in še in še. Potem pride še avditiranje vsega navedenega.
7. Krovno nacionalno združenje takoj reagira na zadeve, ki zadevajo stroke, in daje uradne (in (u) slišane!) izjave o stališčih (npr. jasna navodila, naj se nosečnice cepijo zoper novo gripo, skrbi, da navodila za natančne postopke pri obravnavi nosečnic pri

- sumu na novo gripo pridejo do populacije strokovnjakov in populacije uporabnic).
8. Krovno nacionalno združenje je strokovni posvetovalni organ RSK in zato mora poskrbeti za pravilno uravnoteženo sestavo RSK. Trenutno so v RSK: 3 ambulantne ginekologinje, 1,5 uroginekologa, 1,5 ginekološkega onkologa, 1 »reproduktivec«, 1 pediatrija, in 1 predstojnik porodniško-ginekološkega oddelka. Kje je kakšen porodničar, predstavnik tistih, ki smo odgovorni za dober potek 20.000 porodov na leto v Sloveniji?
 9. Krovno nacionalno združenje razvija in objavlja standarde obravnave na različnih strokovnih področjih in politično doseže, da so upoštevana in implementirana v državi (recimo, zakaj ima porodnica v eni izmed porodnišnic pravico do lajšanja bolečine z epiduralno analgezijo, v drugi pa te pravice nima, zakaj nekatere nosečnice plačujejo preglede – jim ni nihče povedal, da imajo pravico do brezplačnih?).
 10. Kongresi krovnega nacionalnega združenja so forum za izmenjavo idej, znanja, inspiracije in pogovorov o bodočnosti stroke, o boljši in učinkovitejši organizaciji stroke, da bo lažje delati strokovno odlično.
 11. Krovno nacionalno združenje je povezano z vsemi subspecialističnimi društvi, sekcijami in združenji zato, da so delovanja uravnotežena (se spomnite sestankov strokovnega sveta, ki sem ga vodila: v njem so bili predsedniki vseh društev, sekcij in združenj. Zakaj je zamrlo? Zaradi nerešenih finančnih zadev).
 12. V letih, ko ni kongresa, in tudi sicer je krovno nacionalno združenje pokrovitelj izobraževalnih tečajev in delavnic skupaj z društvi, sekcijami in združenji posameznih subspecialnosti.
 13. Krovno nacionalno združenje skupaj s političnimi organizacijami kreira politiko za doseg cilja (gl. točko 1). Naj se ne bi dogajalo, da na posvet v Državnem svetu 24. novembra 2009 ob dnevu nenasilja nad ženskami »Ženske in zdravje«, ki sta ga organizirala Zveza društev SZZ in Državni svet, pride 19 (devetnajst) ljudi, skupaj s predsednikom DS in vsemi predavatelji! Samo en porodničar in ginekolog je bil tam, jaz, soavtorica raziskave Stres pri ženskah v aktivnem obdobju, ki jo je predstavila doc. dr. Lijana Zaletel Kragelj, soavtorica je bila tudi prof. dr. Majda Pahor.
 14. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje z babicami, si učinkovito deli delo z njimi za doseg osnovnega cilja (gl. točko 1). Naj se ne bi več dogajalo, da je okroglo mizo 28. septembra 2009 »Dostopnost do ginekoloških storitev v javni zdravstveni mreži – kako do izboljšanja stanja?« organizirala – ne boste verjeli – Zveza potrošnikov (!) v sodelovanju z Zbornico zdravstvene in babiške nege Slovenije in Zvezo strokovnih društev medicinskih sester, babic in zdravstvenih tehnikov Slovenije (ZSDMSBZTS). Na posvetu ni bilo tistega od porodniško-ginekološke stroke, ki bi moral biti. No, predstavnik Ministrstva za zdravje je pravilno sklenil, naj zdrave nosečnice in normalne porode vodijo babice in opravljajo ostale, z Evropsko direktivo 2005/36/ES zaupane jim naloge. Predsednica Evropskega združenja babic Deirdre Daly je poudarila, da Slovenija (kdo v Sloveniji? RSK? bolnišnice, zdravstveni domovi, ministrstvo?) krši direktivo, ker babicam ne omogoča tega dela.
 15. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje s pomembnimi strokovnimi institucijami za doseganje cilja (gl. točko 1). Naj se ne bi dogajalo, da so bile med več kot 400 udeleženci na strokovnem posvetu »Duševno zdravje in nosečnost«, ki ga je 9. oktobra 2009 ob dnevu duševnega zdravja organiziral Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije ob svetovnem dnevu duševnega zdravja, samo tri ginekologinje predavateljice in mogoče še eden ali dva kar tako.
 16. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje z nevladnimi organizacijami z enakimi in podobnimi cilji (gl. točki 1 in 9).
 17. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje s SATOG (Sekcija specializantov ginekologije in porodništva SZD).
 18. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje z drugimi znanstvenimi združenji.
 19. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje z European Board and College of Obstetrics and Gynaecology – EBCOG (2).
 20. Krovno nacionalno združenje učinkovito sodeluje v Centralnem evropskem konzorciju za akreditacije ustanov za specializacijo na Češkem, v Hrvaški, na Madžarskem, v Sloveniji in na Slovaškem.
 21. Krovno nacionalno združenje si učinkovito prizadeva pridobiti akreditacije ustanov za subspecializacije.
 22. Krovno nacionalno združenje naj se posveti problemu varnosti pacientk.
 23. Krovno nacionalno združenje naj se posveti kontroli kakovosti.
 24. Krovno nacionalno združenje naj uvede *no-fault* ali podoben sistem, ki ne bo preusmerjal denarja, dobljenega s tožbami, k odličnim advokatom, ampak bo raje deloval tako, da bo odlična naša stroka.
 25. Krovno nacionalno združenje naj pozitivno sodeluje z mediji.
 26. Krovno nacionalno združenje naj ve, da je povprečje ginekologov v EU 15 0,126 na 1000 prebivalcev, v Sloveniji pa 0,131, torej več. Nad slovenskim povprečjem so regije MB (0,168), KP (0,162), NG (0,155) in LJ (0,146). Ne smemo kar zaključiti, da je v teh regijah preveč ginekologov, drugje pa premalo, saj je v Sloveniji na področju ginekologije in porodništva zelo izražena terciarnost: vsi nekoliko bolj zapleteni primeri so obravnavani v enem od dveh centrov tretjega nivoja. Na drugi strani pa vemo, da ginekologi na tako imenovanem primarnem nivoju, v Ljubljani in Mariboru, **ne** sodelujejo pri dežuranju oziroma delu v UKC Ljubljana in Maribor. S tem je narejena zelo velika škoda: mladi specialisti, ki bi v letih po specialističnem izpitu lahko pridobili veliko dodatnih izkušenj, delajo samo ambulantno. Na drugi strani so bolnišnični

ginekologi preobremenjeni in se pojavljajo stalne zahteve po novih specializantih. Ginekologija je tudi tipična specializacija, kjer kar nekaj mladih specialistov **odide** iz javne mreže med zasebnike. Povprečje ginekologov na 1000 prebivalcev je v Sloveniji višje tudi zato, ker drugod za pred- ali perinatalno varstvo nosečnic skrbijo babice in so na ta način ginekologi razbremenjeni – tako na primarnem nivoju ne bo več zahtev za znižanje glavarine. Komisijo Ministrstva za zdravje za racionalizacijo mreže porodničnic vodi prof. dr. Helena Meden Vrtovec. Pri ministrstvu obstaja tudi delovna skupina, ki se ukvarja z glavarino ambulantnih ginekologov, vodi jo prim. Janez Remškar. Pri ZZS obstaja Komisija za akreditacijo, ki jo vodi prof. dr. Pavel Poredoš, obenem predsednik SZD. Vsi ti predsedniki naj bi sodelovali s krovnim nacionalnim združenjem in prišli do uravnoteženih sklepov ter seveda skrbeli za implementacijo in avditiranje.

27. In tako naprej in tako dalje.

V Sloveniji je po podatkih ZZS 333 ginekologov (od tega 67 specializantov) v javni mreži. In še zasebniki. Povprečno torej okrog 35 do 40 na društvo/sekcijo/združenje, ki jih imamo kar 10! Zato sem napisala naslednje zahteve v zvezi s Kongresom porodničarjev in ginekologov, ki je bil od 11. do 13. novembra v Bernardinu:

1. zahtevala sem, naj uro, namenjeno Združenju za perinatalno medicino, organizator prestavi z 8. na 9. uro dopoldne, kot je bilo v programu, objavljenem v Zdravniškem vestniku (Združenje za perinatalno medicino je bilo potem v resnici na vrsti prvi dan kongresa ob 8. uri – to je nehvaležen čas, saj se večina udeležencev še vozi proti mestu kongresa ali se registrira. Raje kot Združenju za perinatalno medicino je organizator ustregel farmacevtskemu podjetju, ki ni želelo nastopiti ob 8.00 zjutraj, ker bi bil takrat premajhen obisk.);
2. zahtevala sem, naj bo iz tiska jasno razvidno, da v Sloveniji **nimamo** krovnega združenja porodničarjev in ginekologov. Za namene kongresa je organizator uporabljal spletno stran, ki sem jo leta 2003 ustanovila za Slovensko združenje porodničarjev in ginekologov v ustanavljanju in takratni RSK, katerega članica in predsednica sem bila;
3. zahtevala sem, da vsa društva, sekcije in združenja, ki jim je organizator *ana partes*, vsakemu po eno uro, odredili čas na kongresu, *ana partes* sodelujejo tudi pri delitvi dobička, ki bo brez dvoma velik ob velikem odzivu sponzorjev in ob dejstvu, da smo vsi, tudi vabljeni predavatelji, plačali kotizacijo. Res je, da eno od združenj plačuje okrog 1000 EUR članarine letno EBCOG-u – to je edino prav, saj to združenje zasluži denar v imenu vseh ginekologov tudi z reklamo na TV. Vsebina kongresa je stroka, so društva, sekcije in združenja. Zaradi njih pridejo poslušalci, sponzorji, donatorji in razstavljalci. Torej, edino logično je, da si dobiček delijo. Vsa društva, sekcije in združenja so se vsebinsko izjemno dobro pripravili, o čemer priča verjetno najdebelejši zbornik v zgodovini Zdravniškega vestnika: ima 303 strani in predsednica strokovnega odbora kongresa, prof. dr. Helena Meden Vrtovec, je opravila izjemno obsežno delo. Prepričana sem, da bo o vsebini kongresa veliko poročil v Izidi;
4. zahtevala sem, da je zadnji dan, namesto skupščine enega od dveh združenj, sestanek vseh desetih združenj s poskusom ustanovitve krovnega nacionalnega združenja – da tako nadaljujemo prizadevanje po krovnem nacionalnem združenju, s katerimi sem začela leta 2003 na 3. kongresu, katerega predsednica sem bila.

4. novembra 2009 mi je bilo ustno obljubljeni, da bodo zahteve vsekakor upošteevane – odgovor na spletni strani <http://forum.obgyn-si.org/index.php> Slovenskega združenja porodničarjev in ginekologov (SZPG) (ki je »v ustanavljanju« že od 2003) pa je žal popolnoma drugačen. Takrat sem rekla, da če zahteve ne bodo izpolnjene, bom kongres bojkotirala in napisala, zakaj. Veliko kolegic in kolegov mi je poslalo elektronska in navadna pisma podpore, nekaj jih je celo izpolnilo anketo na spletni strani in klicali so me po telefonu. Vendar sem ugotovila, da se predvsem mladi sploh ne zavedajo, da krovnega nacionalnega združenja, ki bi počelo vse zgoraj našeto, sploh nimamo. V veliki meri sem vse tako natančno napisala zaradi njih: tudi da bodo vedeli, da nismo samo zdravniki ob postelji konkretne pacientke, ampak da moramo gledati in delovati tudi širše.

Najbolj do srca mi je seglo tole pismo podpore mladega kolega: **»Glede kongresa te absolutno podpiram, vse predolgo molčimo in se le jezimo ali muzamo ali smejimo, v resnici pa nismo popolnoma nič drugačni kot npr. žene alkoholikov, le vdano prenašamo usodo in si lažemo, saj bo bolje s časom. S časom bo bolje, vendar samo, če tudi vsak sam naredi kakšen korak. Tako pa toleriramo netolerabilne zadeve iz ure v uro, iz meseca v mesec, iz leta v leto.«**

Seveda se ni zgodilo nič posebnega, ker mene ni bilo na kongresu. Obnašala sem se po svoji vesti in da je jasno, da se s tako politiko na področju porodništva in ginekologije ne strinjam – če bi bila zraven, bi pač pomenilo, da se strinjam. Napisala sem pozdravno pismo, objavljeno je na spletni strani SZPG. Tudi menim, da s tem pisanjem dosežem več kolegov, ki si bodo lahko večkrat pogledali kakšen podatek. Vem tudi, saj sem že 30 let specialistka porodništva in ginekologije, da gredo stvari počasi. Morajo pa iti v pravo smer s pravo in pošteno vizijo razvoja stroke.

Pa še nekaj je res in dokazano: dobre misli in nameni se lahko uresničijo tudi na drugačen način (3, 4).

Literatura:

1. Molinas CR, De Win G, Ritter O, Keckstein J, Miserez M, Campo R. Feasibility and construct validity of a novel laparoscopic skills testing and training model. *Gyn Surg DOI* 10.1007/s10397-008-0391-0.
2. Novak Antolič Ž. Poročilo sestanka Sveta EBCOG. *ISIS*; avgust/september 2009: 81–3.
3. Brafman O, Beckstrom RA. The starfish and the spider. The unstoppable power of leaderless organizations. *Portfolio* 2006.
4. Brafman O, Brafman R. Sway. The irresistible pull of irrational behaviour. *Doubleday* 2008.

Tema naslovnice za leto 2010

Prvi učitelji popolne Medicinske fakultete v Ljubljani

Zvonka Zupanič Slavec

V letu 2009 mineva 90 let, odkar je bila v Ljubljani ustanovljena Medicinska fakulteta (MF). Z njo je slovenski narod pridobil možnost, da v nacionalnem prostoru vzgaja lastne zdravnike. Fakulteta pa ni bila popolna in ni dajala diplomantov vse do leta 1945. Šele po koncu 2. svetovne vojne je fakulteta dobila vse semestre šolanja. Vzgoja in izobraževanje slovenskega zdravništva sta za zdravniški stan pomembna mejnika. Uredništvo revije *Isis* se je odločilo, da svoje naslovnice in besedila posveti prvim učiteljem popolne medicinske fakultete. V zadnjem letu so na naslovnica in v vsebini revije predstavili najvidnejše slovenske zdravnike preteklosti. Štirideseta leta 20. stoletja so bila študijski čas naših najstarejših živečih zdravnikov. Ti še hranijo spomin na pionirje zdravniškega izobraževalnega procesa, mlajšim generacijam je ta doba že odmaknjena. Prvi učitelji popolne MF so morali v popolnoma improviziranih razmerah vnesti v svoje delo največ ustvarjalnega duha, saj ni bilo ne prostorov, kadrov in ne učbenikov. Zato je prav, da se nanje spomnimo in jih predstavimo v prihajajočem letu. Pobudnik teme je bil akad. Mario Kordaš, avtorico zapisa pa je uredništvo povabilo k pripravi prispevkov in slikovnega gradiva.

Dne 23. julija 1919, ko je bila z zakonom ustanovljena Univerza v Ljubljani, je bila med takratnimi petimi ljubljanskimi

fakultetami edino medicinska fakulteta nepopolna in je imela le štiri semestre. Za nastanek fakultete je bil eden najzaslužnejših slovenski zdravnik in literat dr. Lojz Kraigher, ki je postal tudi prvi vodja Centralne medicinske knjižnice. Novembra 1919 je prvi letnik MF obiskovalo 66 slušateljev. Do konca leta 1938 je 543 kandidatov opravilo prvi rigoroz in so študij nadaljevali v Zagrebu, Beogradu ali v tujini. Učni načrt je bil povzet po načrtu zagrebške medicinske fakultete. Zadnjega avgusta 1919 so bili imenovani prvi profesorji: patološko anatomijo je prevzel dr. Janez Plečnik (1875–1940), anatomijo in fiziologijo živčevja dr. Alfred Šerko (1879–1938), anatomijo in histologijo očesa dr. Albert Botteri, ki pa je že naslednje leto odšel v Zagreb. Na fakulteti so imeli ves čas težave s kadri za histologijo in za fiziologijo. Prof. Plečnik in prof. Šerko sta bila v prvih dveh desetletjih fakultete tudi izmenično dekan in prodekan. Univerza je Medicinski fakulteti že takoj v začetku odobrila gradnjo nove stavbe, t.i. Anatomskega inštituta na Zaloški 4. Za projektanta je bil izbran arhitekt prof. Ivan Vurnik, ki je kasneje zasnoval tudi golniški sanatorij. Stavba je bila moderno zasnovana in kmalu zgrajena, predavalnica pa, ki je bila ključnega pomena, je bila končana šele tik pred drugo svetovno vojno. Studentje so stavbo zato imenovali »jaslice«. V stavbi anatomije je potekal



Prva stavba nepopolne medicinske fakultete, Anatomski inštitut, delo arhitekta Ivana Vurnika (iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL)



Stavba šentpeterske kasarne ob Ljubljani je leta 1945 postala osrednja stavba popolne medicinske fakultete (iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL).



Študenti medicine pri vajah iz anatomije (iz fotoarhiva Inštituta za zgodovino medicine MF UL)

ves pouk tedanje nepopolne MF. Huda prostorska stiska je čvrsto povezala učitelje in študente. Stiska pa ni zadevala le MF, ampak tudi takratno ljubljansko bolnišnico. Zahteve po novi bolnišnici in popolni medicinski fakulteti so v takratnih medijih ob koncu tridesetih let postale tako glasne in številne, da se jim vlada v Beogradu ni mogla več upirati. Leta 1940 je dovolila dopolnitev fakultete s petim in šestim semestrom. Študijski program se je razširil za tri predmete: patologijo, kirurgijo in interno medicino. Fakulteti so dodelili tri nove učitelje: za patologijo dr. Franca Hribarja (1895–1967), za kirurgijo dr. Božidarja Lavriča (1899–1961) in za interno medicino dr. Karla Lušickega (1892–1958). Fakulteta je pridobila tudi nekaj dodatnih prostorov: v stari prosekuri za patologijo, za kirurško in interno kliniko pa so tik pred vojno zgradili prizidek k stavbi kirurškega oddelka. Obe kliniki so odprli poleti 1941. Druga svetovna vojna je leta 1943 privedla do zaprtja celotne Univerze in z njo tudi Medicinske fakultete. Vojna je terjala številne žrtve, med njimi je padlo 31 zdravnikov in 44 študentov medicine. Njim sta posvečena kip in spominska plošča na pročelju nekdanjega Dergančevega sanatorija na Komenskega ulici 4 v Ljubljani, kjer je po drugi svetovni vojni desetletja domovalo Slovensko zdravniško društvo.

Nastanek popolne medicinske fakultete

Popolna medicinska fakulteta v Ljubljani z desetimi semestri je bila ustanovljena z vladnim odlokom 31. julija 1945. Fakulteta je prevzela zdravstvene zavode na območju ljubljanske splošne bolnišnice in v njeni sosesčini ter v njih naselila klinike in inštitute. Leta 1945 so po navodilu dr. Lunačka dobili provizorične prostore v stari in neugledni stavbi šentpeterske kasarne uprava MF, Centralna medicinska knjižnica (CMK) in nekateri

predklinični inštituti, v katerih so večinoma še danes. Trdno zaupanje in nepopustljiva volja tisti čas zaposlenih fakultetnih sodelavcev so omogočili, da se je fakulteta v nekaj mesecih dvignila domala iz nič in so se že v zimskem semestru študijskega leta 1945/46 začela predavanja in vaje v vseh letnikih, čeprav je silno primanjkovalo vsakršne opreme in še posebej učbenikov. Fakulteta je tedaj imela 27 učiteljev in 566 slušateljev, od tega v prvem semestru 302 (165 študentov in 137 študentk), ki so imeli pred seboj deset semestrov študija. Med prve učitelje na popolni MF so bili imenovani Božidar Lavrič, Igor Tavčar, Pavel Lunaček, Janez Milčinski, Bogdan Breclj, Franc Derganc, Jože Rant, Valentina Kobe, Milica Valentinčič in drugi. Predstavljeni so na prvi fakultetni skupinski fotografiji, ki jo prikazuje januarska naslovnica revije za leto 2010. V vsaki izmed naslednjih številok Izide bomo predstavili življenje in delo po dveh učiteljev prve slovenske medicinske fakultete.



Študenti medicine pri laboratorijskih vajah

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije

Kratko poročilo za obdobje 1976–1991

Velimir Vulikić

Znanstveno društvo za zgodovino zdravstvene kulture Slovenije (ZDZZKS) je nastalo na zborovanju 11. decembra 1976 iz slovenske sekcije Znanstvenega društva za zgodovino zdravstvene kulture Jugoslavije (ZDZZKJ). Njegov namen je bil v spodbujanju in organiziranju znanstvenoraziskovalnega dela na področju zgodovine zdravstva in zdravstvene kulture slovenskega naroda. V društvo so se včlanili zdravniki, veterinarji, farmacevti ter drugi ljubitelji zgodovine zdravstva in zdravstvene kulture. Med njimi je veliko univerzitetnih učiteljev.

V vodstvu novoustanovljenega društva so bili: predsednik prim. dr. Drago Mušič, tajnik dr. Milan Dolenc in blagajnik dr. Velimir Vulikić ter še nekaj članov odbora. Od 61 ustanovnih članov se je to število naglo povečalo in vseskozi štel od 120 do 140 članov. Razgibano delovanje društva, rast števila članov ter teritorialna oddaljenost dela članov od Ljubljane so narekovali ustanovitev podružnic. Tako je bila leta 1980 ustanovljena vseskozi dejavna podružnica za Štajersko v Mariboru in leta 1982 podružnica za Dolenjsko v Novem mestu, ki je bila po šestih letih vegetiranja žal ukinjena.

Društvo je aktivno delovalo na svojem področju in v organih ZDZZKJ. Naj omenim le nekatera mesečna predavanja: O samomorih na Slovenskem (akad. dr. Lev Milčinski), Nastanek socialno-medicinske službe v Jugoslaviji (prof. dr. Bojan Pirc), Kaj pripoveduje J. V. Valvasor o zastrupitvah z alkaloidi kristavca (akad. dr. Lev Milčinski), Partizanska sanitetna služba in predstavitev Zbornika (dr. Velimir Vulikić), Čar Sahare in njenih ljudstev (dr. A. Sancini iz Trsta), Tradicionalna medicina Gane (J. N. Lastrey iz Gane), Transfuziologija od klinopisa do monoklonalov (prof. dr. Edvard Glaser), Medicinska znanost v luči historičnega materializma (prof. dr. Peter Borisov), Kačji pik v ljudski medicini (prof. dr. Milan Dolenc), Baltezar Hacquet in njegovi prispevki k razvoju veterinarstva na Slovenskem (prof. dr. Jože Jurca), Zgodovina upepeljevanja (doc. dr. Velimir Zavrnik).

Poleg predavanj in občasnih znanstvenih ekskurzij je društvo imelo več simpozijev: Ob 100-letnici rojstva prof. mr. ph. Franca Minarika. Ob 300-letnici Slave vojvodine Kranjske, v organizaciji SAZU, zgodovinskega in našega društva. Organizacija in delovanje zobozdravstva v NOB in začetki poveljnega zobozdravstva na Slovenskem. O liku idrijskega rudniškega zdravnika dr. Ludvika Bernarda Gerbca. O življenju in delu treh slovenskih biologov: prof. dr. Pavla Grošlja, prof. Gvidona Sajovica in prof. dr. Borisa Zarnika. Zdravstvena kultura in zdravilne rastline. Zlasti je bil odmeven Jugoslovanski simpozij leta 1981 v Novem

mestu, v organizaciji našega društva. Na tridnevnem simpoziju so bile obravnavane teme: Zgodovina zdravstva na Dolenjskem, Partizansko zdravstvo na Dolenjskem in Razvoj socialno-medicinskih idej in prakse v Jugoslaviji.

Nekateri člani društva smo se udeleževali srečanj ZDZZKJ in nekaterih republiških društev. Zlasti smo tesno sodelovali z Znanstvenim društvom v Zagrebu. Bili smo aktivni tudi na simpoziju v Zagrebu na temo Tradicionalna medicina na tleh Jugoslavije v organizaciji domačega društva in JAZU. Zadnji simpozij zveznega društva, na katerem so bili vabljeni predavatelji tudi iz republiških društev, je bil 5. oktobra 1990 v Splitu. Na njem je bila glavna tema Pomen in vloga tretjega vseslovenskega zdravniškega kongresa, ki je bil v Splitu leta 1930. Na simpoziju, na katerem sem imel dve predavanji in na katerem so bili navzoči le nekateri člani iz Srbije ter še samo iz Slovenije, se je zrcalil izbruh mednacionalnih spopadov, ki je botroval razpadu Jugoslavije.

Vodstvo našega društva se je na vsakem zborovanju pomlajevalo z več ali manj novimi člani. Tako so bili leta 1988 izvoljeni: predsednika dr. Milana Dolenca je zamenjal tajnik dr. Velimir Vulikić, podpredsednica je postala prof. dr. Ivanka Brglez, tajnica dr. Marija Kalan, blagajnik prof. dr. Ivan Jazbec ter 15

Z leve: prof. dr. Edvard Glaser, predsednik podružnice v Mariboru, prof. dr. Juraj Kallay, predsednik Znanstvenega društva v Zagrebu, prim. dr. Drago Mušič, prvi predsednik Znanstvenega društva Slovenije.

Z desne spredaj: doc. dr. Velimir Zavrnik, dr. Velimir Vulikić, tretji predsednik Znanstvenega društva Slovenije, akad. dr. Janez Batis in na njegovi desni strani zadaj dr. Milan Dolenc, drugi predsednik Znanstvenega društva Slovenije.



odbornikov, od tega devet novih. V obravnavanem obdobju je pet članov društva pridobilo doktorat znanosti: Peter Borisov, Ante Stefanovič, Milan Dolenc, Velimir Zavrnik, Jože Jurca in Velimir Vulikić. ZDZZKS je torej od ustanovitve do osamosvojitve Slovenije naredilo veliko na področju obdelave in širjenja zdravstvene kulture pri nas, organizacijsko in strokovno pa je postalo močna znanstvena organizacija. Njegovi, sedaj že redki

sustanovitelji se z nostalgijo oziramo na zborovanja in sestanke v nabito polni dvorani SZD na Komenskega 4. Z veliko navdušenja smo po arhivih in po terenu raziskovali dediščino zdravstvene kulture ljudi, krajev in naroda. Kot bi tekmovali, smo o teh izsledkih poročali v medijih, na zborovanjih in v zbornikih. Po osamosvojitvi Slovenije si je društvo prizadevalo nadaljevati delo pod novim vodstvom in v nekoliko drugačnih okoliščinah.

Partizanska bolnišnica »Zalesje«

Klelija Potokar

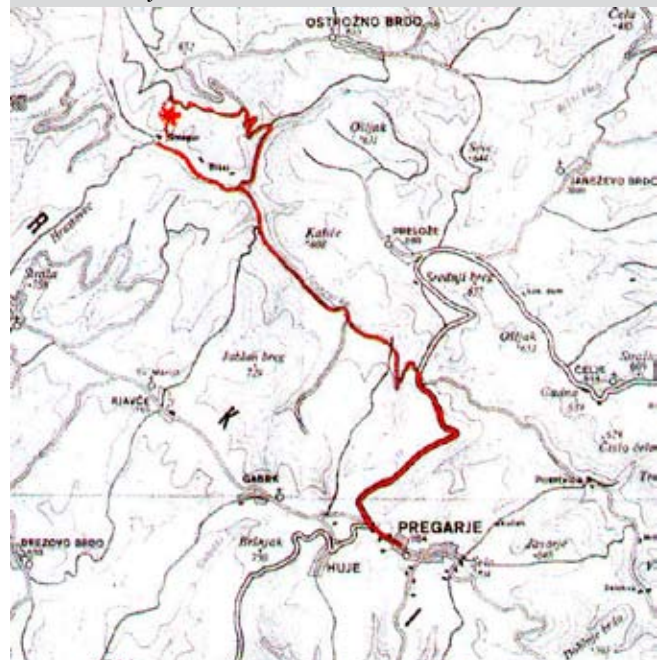
Brkini, Kras, Vremska dolina in vsa Primorska so živeli v vojni že od leta 1918, ko se je končala prva svetovna vojna. Vsa ta območja so nadaljevala vojno z Italijani, potem ko so le-ti zasedli primorske kraje leta 1918... »V brkinskih vaseh ima vsaka hiša, vsako drevo, vsak kamen svojo strahotno zgodbo... Vojna je za Brkine in vso Primorsko trajala pač 31 let.« V Brkinih so se vrstile ofenzive za ofenzivo, bitke za bitko, hajke za hajko. In prav tu je delovala partizanska bolnišnica Zalesje.

O partizanski bolnišnici Zalesje, ki je nepretrgoma delovala in bila izpostavljena sovražnikovemu pritisku v Brkinih od okoli 15. novembra 1943 do 17. januarja 1945 ter se je v njej zdravilo najmanj 230 ranjencev in bolnikov, pa je v slovenski javnosti malo znanega, čeprav je bila za območje Brkinov in Slovenske Istre izredno pomembna.

Pred kapitulacijo Italije leta 1943 so partizanske enote in ilegalni politični delavci v Brkinih zdravili svoje ranjence po domovih zanesljivih ljudi. Tu so jih zdravili zaupni civilni zdravniki in bolničarji, negovale in hranile pa kmečke žene in dekleta. Včasih pa so posamezne hudo ranjene borce s ponarejenimi dokumenti pošiljali po zvezah v tržaško ali reško bolnišnico. Z množičnim odhodom Primorcev v NOV, z ustanovitvijo večjih partizanskih enot in zaostrovanjem bojev s sovražniki je bilo vedno več ranjencev, njihovo zdravljenje po kmečkih domovih in pošiljanje v bolnišnice pa vse težje, ker so bili zdravniško pomanjkljivo oskrbovani in izpostavljeni vedno večji nevarnosti, da jih sovražniki izsledijo in pobijejo. Te razmere so narekovala postavitve skrivne bolnišnice. Tako bolnišnico je ustanovil štab Istrskega odreda v Padežu v Brkinih 15. novembra 1943. Bolnišnico so začeli graditi v gozdu Krevlak v bližini Šproharjeve domačije v Padežu. Bolniški objekt je bil v zemljo zakopan prostor, pokrit z avtomobilsko ponjavo. V njem je bilo prostora za 16 ležišč. Z notranje strani so prostor obložili z drvimi in s slamo, zunaj pa so šotor zamaskirali z vejami, mahom in listjem. To so gradili odredovi borci in najbolj zanesljivi vaščani s Tater in Šproharjevi iz Padeža. Nekoliko stran so imeli skrivališče za zdravila. Javki za bolnišnico sta bili na Tatrah in v Šproharjevi domačiji, kjer je bila tudi kuhinja.

Prve ranjence so sprejeli po boju Šercerjeve brigade z Nemci na Tatrah 14. novembra 1943. Prvi zdravnik je bil tržaški študent

Pot do Zalesja danes



medicine Bernard Šemrlj – Nadi. Decembra ga je zamenjal italijanski vojaški zdravnik poročnik »Pietro«, ki se je po italijanski kapitulaciji priključil partizanom, okoli 22. januarja 1944 pa je njegovo vlogo prevzel kirurg Magomed Gadžijev – Miša, ki so ga imenovali doktor Miša.

Bolnišnica je tam delovala do srede marca 1944. Takrat se še ni imenovala Zalesje. Iz dokumentov in poročil lahko sklepamo, da je bilo v tej bolnišnici preko 40 pacientov, ker so v šotoru ležali le huje ranjeni, lažje ranjeni so ležali po podeželskih domačijah in jih niso vpisovali v sezname. V sezname tudi niso vpisovali bolnikov, ki so bili v bolnišnici le na pregledu, manjših kirurških posegih, previjanju ipd., zato je bilo število pacientov v resnici precej večje.

Ker so pogostejši vdori Nemcev ogrozili delo bolnišnice, je bilo treba pospešiti njeno selitev na novo lokacijo. Zanj je

bil zadolžen Magomed Gadžijev – doktor Mišo, ki jo je našel v ostroškem borštu, približno 1200 metrov severovzhodno od Šmagorjeve domačije. V začetku marca so začeli terenci z Ostrožnega Brda v največji tajnosti graditi bolniške barake za 20 ležišč, poseben prostor za zdravnika in prevezovanje ranjencev ter skladišče za zdravila in opremo. Posebej so zgradili skri-vališče ali bunker z 12 ležišči in operacijsko mizo (iz Trsta so dobili nekakšen starinski ginekološki sedež). Vhod v bunker je bil tako tesen, do so ranjence na nosilih porivali vanj, kot poriva pek hlebce v peč. Vhodno odprtino so zakrili z lesenim pokrovom, obloženim z mahom in listjem in nanjo nasadili drevo. 200 metrov stran je bila dobro skrita kuhinja, v drugem kraju pa še skladišče za zdravila in hrano. Konec maja so zgradili tudi novo barako z 22 ležišči, 500 metrov stran od prejšnje.

Bolnišnica je bila skopana v griček. Vsa je bila zamaskirana z dračjem in mahom. Dimnik je bil speljan pod zemljo v rovih. V bližini je tekkel potok, kjer so dekleta iz Ostrožnega Brda prala oblačila, povoje, posteljnino... Novi bolnišnici je doktor Mišo dal rusko ime »Zalesje« – po slovensko »za gozdom«. Šmagorska dolina je bila še bolj osamljena kot padeška in zanesljivi domačini so zagotavljali tajnost bolnišnice. Vsi okoliški prebivalci so vsaj približno vedeli, kje je bolnišnica, vendar je ni nikoli nihče izdal.

Dne 17. aprila 1944 je štab odreda postavil za komandanta bolnišnice in upravnika zdravnika dr. Magomeda Gadžijeva – Miša. Dr. Magomed Gadžijev je uvedel zdravljenje po načelih sovjetske frontne kirurgije. Kljub težavnim razmeram, pomanjkanju zdravil, zdravniških pripomočkov in opreme ter stalni nevarnosti je bilo zdravljenje vendarle zelo uspešno, kar nam dokazuje le malo več kot 2 odstotka umrlih pacientov. V začetku aprila je dobila bolnišnica iz Trsta amputacijske instrumente.

Magomed Gadžijev je opravil v tej bolnišnici številne operacijske posege, med njimi tudi izrez drobca mine iz srednjega rebrnega dela prsi in amputiranje noge v etrovi narkozi, ki je bila prva težja operacija v Zalesju, opravljena dne 12. maja 1944. Pacientu je med operacijo zastalo srce; dr. Mišo je operacijo prekinil in začel z masažo srca. Kljub vsemu je operacija uspela in pacient je okreval. Septembra in oktobra je opravil še več zahtevnejših operacij, od katerih je bila za tedanje razmere najzahtevnejša amputacija leve noge v višini stegnenice pri v boju hudo ranjenem borcu. To operacijo je doktor Mišo opravil 11. oktobra 1944 v etrovi narkozi po gilotinski metodi, ker je v ranjenem predelu nastopila gangrena. Ranjenec je vojno preživel. Ko je bil Magomed Gadžijev v letu 1968 na povabilo Zveze borcev na obisku v Brkinih, je povedal, da so »amputirali le, če je bilo v nevarnosti življenje, posebno pozornost pa so posvečali zaščitni pred sekundarno infekcijo in krepitvi samozaščitne moči organizma...«

Opravil je tudi operacijo na ranjencu, ki mu je izstrellek vstopil skozi levo oko in izstopil v ekcipitalnem delu glave z odprtino 3 x 2,5 cm; iztekal mu je možganski likvor. »Pri kirurški negi rane in zdravljenju smo se ravnali po splošnih pravilih zdravljenja lobanjskih ran...« je ob obisku povedal Magomed.



Doktor Magomed Gadžijev – Mišo

Naštela sem le nekatere njegove operacijske posege, kajti bilo jih je veliko, saj je operiral tudi po domačijah, kjer so ležali ranjenci, ki jih niso uspeli prenesti v bolnišnico. Doktor Mišo je bil zelo discipliniran, v zdravstvenem delu strokoven, skrben, požrtvovalen... in njegovo strokovno delo je bilo v tistih težkih razmerah izredno. Ranjenci in bolniki, ki so se zdravili v Zalesju, so bili iz različnih enot ali organizacij (na voljo so le podatki za 207 pacientov). Največ pacientov (54 odstotkov) je bilo borcev Istrskega odreda, iz hrvaške brigade Vladimirja Gortana jih je bilo 9 odstotkov, iz 5. bataljona 1. brigade VDV (Vojska državne varnosti) jih je bilo 12 odstotkov, iz Prešernove brigade in drugih enot 30. divizije 6 odstotkov, iz komande istrskega vojnega področja in njenih komand jih je bilo 3 odstotke in še 17 odstotkov aktivistov, civilistov in borcev drugih enot.

Po 1. septembru 1944 je bila bolnišnica Zalesje stalno ogrožena zaradi vse številnejših nemških ofenziv in vdorov posameznih nemških in četniških kolon v Brkine in šmagorsko dolino, število hudo ranjenih, ki jih v tamkajšnjih razmerah ni bilo mogoče uspešno zdraviti, pa se je stalno večalo. Bolniško osebje je moralo ranjence stalno umikati in seliti. Zdravljenje je bilo zelo oteženo, saj so ranjenci največkrat morali ležati v deževju in snegu, ko ni bilo mogoče zagotoviti ne redne hrane ne zdravniške nege. Nemci so vseskozi iskali bolnišnico in tamkajšnje razmere so bile vedno težje, zato je štab Istrskega odreda v



Odkritje prenovljene spominske plošče na mestu, kjer je stala bolnišnica Zalesje.

dogovoru s poveljstvom drugih enot na brkinskem območju organiziral petkrat prenose in prevoze hudo ranjenih borcev iz Brkinov čez Pivko na Notranjsko. Prenašanje ranjencev je bilo povezano z izrednimi napori borcev, velikim trpljenjem ranjencev in z veliko nevarnostjo za vse.

Omenimo le drobec iz spominov Staneta Komana, odrednega sekretarja SKOJ (Zveza komunistične mladine Jugoslavije), na največji in najtežji prenos ranjencev v noči na 13. november 1944:

»Noč je bila svetla, leden veter je dvigal sneg s tal in ga nosil vodoravno v obraz. Nobena obleka ni tako ščitila, da vetra ne bi čutil do kosti. Na eni strani obraza se mi je delal leden oklep, ki sem ga večkrat zdobil s prsti, vendar se mi je v hipu že nalepil nov. Nosači zaradi naporov niso čutili mraza, zeblo pa je ranjence! Nekateri je bilo tudi strah, da bomo obnemogli in jih pustili v snegu. Zato so nas med boleznim stokanjem... bodrili in rotili, naj vzdržimo!« Nazadnje pa je 29. decembra 1944 hudo zbolel za pljučnico še doktor Gadžijev. Prebivalci Suhorja so prevzeli bolnega dr. Miša in skrbeli zanj, skritega v bunkerju v gozdu, kjer ga je zdravil medicinec Ivan Matko – Imko.

Ko so po vsem tem napori bolniškega osebja dosegli skrajne meje človeške vzdržljivosti, je sanitetni odsek štaba VII. korpusa, kamor je bila bolnišnica vključena, na predlog Magomeda Gadžijeva sklenil bolnišnico ukiniti. Osem članov bolniškega osebja je s poslednjimi tremi oskrbovanci odpotovalo v noči na 18. januar 1945 iz Brkinov v spremstvu čete Istrskega odreda na Pivko. Pozneje so se priključili osebju partizanske bolnišnice SVPB – S pod Snežnikom. Tako so bolnišnico pravočasno evakuirali. Bolnišnico Zalesje so potem Nemci našli in jo požgali.

Partizanska bolnišnica Zalesje je odigrala v času NOV zelo pomembno vlogo pri zdravljenju ranjencev in bolnikov ter zdravljenju civilnega prebivalstva po brkinskih vaseh. Bila je glavna zdravstvena postojanka, najbližja Trstu in morju, zato bi jo po izpostavljenosti sovražnikovim udarcem težko primerjali s katerokoli partizansko bolnišnico v Sloveniji. Partizanska bolnišnica Zalesje je v celoti opravila svoje poslanstvo. Napori bolniškega osebja in stražarjev pri varovanju in reševanju ranjenih tovarišev zaslužijo ne le priznanje, temveč tudi občudovanje. To si zasluži tudi dober zdravnik in velik človek, ki je zdravil in vodil partizansko bolnišnico Zalesje, kirurg Magomed Gadžijev.

K zdravljenju trpečih partizanskih ranjencev na območju Brkinov in Slovenske Istre pa so pomembno prispevali tudi drugi zdravniki, študenti medicine, bolničarji, bolniške sestre, med katerimi velja posebej navesti dr. Rizza iz Divače, dr. Josipa Rapotca s Kozine in poleg njiju še medicinca iz Ljubljane: Miklavža Kozaka, Ivana Matka... Osrednja zaslužna osebnost pa je bil Magomed Gadžijev. Rojen je bil 10. maja 1914 v Bujnaksku v Dagestanu. (Tudi njegov ded je bil v carski Rusiji slaven polkovni kirurg.) Po diplomu so ga kot izredno nadarjenega študenta poslali na izpopolnjevanje v Moskvo, kjer se je posvetil kirurgiji. Leta 1939 je stopil v Rdečo armado in postal major. Konec leta 1942 so ga Nemci ranjenega ujeli. Med premeščanjem v ujetništvo v Italijo je njegov oddelek okoli 10. januarja 1944 prispel v Senožeče, od koder je v noči na 13. januar dr. Gadžijev skupaj s kozakom Borisom Abdulajevim pobegnil proti Vremščici. Po tridnevnem iskanju v snegu in burji se jima je 17. januarja posrečilo priti na Ostrožno Brdo, kjer sta v naslednjih dneh navezala stike s štabom Istrskega

odreda in se vključila vanj. Bil je kot naročen, saj so prav tedaj iskali sposobnega zdravnika in upravnika bolnišnice v Brkinih. Sprejeto dolžnost je opravljal požrtvovalno in uspešno, zato so mu dovolili, da je smel nositi čin majorja, ki ga je imel v Rdeči armadi. 17. januarja 1945 je odšel iz Brkinov, vendar nanje in na tamkajšnje ljudi ni pozabil. To je tudi izrazil v pismu dne 24. julija 1964, v katerem je med drugim napisal:

»Dragi prijatelj!

Néšetokrat se z velikim spoštovanjem in ljubeznijo spominjam, kako ste nesebično tvegali svoja življenja in življenja svojih najbližjih. Pomagali ste nam, partizanom, in še posebej meni, neznanemu sovjetskemu zdravniku. Nikdar ne bom pozabil Ostrožnega Brda, te kovačnice in trdnjave brkinskih partizanov, ter vaših dobrih, pošteni, pogumnih ljudi. Tovariši iz Ostrožnega Brda so mi dali zavetišče v najhujši hajki pozimi 1944 in me rešili gotove smrti...«

Prispevek dr. Magomeda Gadžijeva – Miša na območju Brkinov je bil pomemben. Užival je izreden sloves, tako pri borcih Istrskega odreda in drugih enot kot med brkinskim ljudstvom. Borcem in ljudstvu je nesebično pomagal v najtežjih trenutkih, nikoli ni odrekel pomoči trpečim, zato ga Brkini nikoli ne bodo pozabili. Nekateri, ki jih je operiral ali zdravil, še živijo. Radi se ga spominjajo in pripovedujejo o njem. Kljub letom, ki so minila, bolnišnica Zalesje še danes živi v srcih ljudi, ki so bili z njo povezani na tak ali drugačen način.

Literatura je na voljo pri avtorici.

Foto: Tomo Šajn

Dan žalostnega spomina na bombardiranje Novega mesta

Štolfa Franc

Po kapitulaciji Italije 9. septembra 1943 so Novo mesto zasedle partizanske enote in ga držale do 21. oktobra istega leta. Po septembrskem bombardiranju (14. septembra 1943) so številni prebivalci zapustili mesto in se naselili po bližnjih vaseh in zidanicah. Vsakodnevno so mesto vznemirjala ustaška in nemška letala, sirene so zavijale in nič se ni zgodilo do **nedelje, 3. oktobra 1943**, ko so se oglasile okoli pete ure popoldne. Z letališč NDH je preko bajeslovnih Gorjancev prihrumelo osem nemških bombnikov Heinkel »He 111« in zasulo Novo mesto s točo tudi 300-kilogramskih bomb. Mesto so zasipavali tri četrt ure in odvrgli okoli 50 bomb, ki so s svojo strahotno rušilno močjo razdejale mesto in ga velik del nepopravljivo uničile.

Njihov cilj je bila tudi ženska bolnišnica, čeprav je imela na svoji strehi veliko zastavo z rdečim križem. Partizanski ranjenci so se zdravili v kandijski bolnišnici, na katero ni padla nobena bomba.

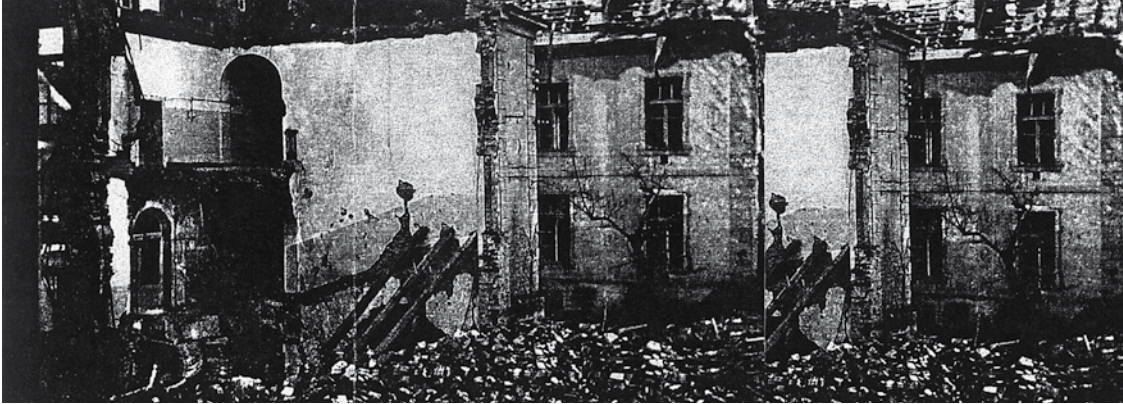
Stopnišče ženske bolnišnice se je sesulo v klet in pokopalo vse, ki so v njej iskali zavetje. Drugi so umrli zaradi zračnega pritiska, ki je nastal ob eksploziji letalske bombe. Vse pisarne ob stopnišču so zgorele in z njimi tudi ves arhiv. Z odkopavanjem in identifikacijo trupel so končali šele 9. oktobra. Oktobrski napad je zahteval 31 smrtnih žrtev, v zadeti bolnišnici sta sredi svojih pacientk umrli bolniška strežnica Marija Golob (roj. 1915) iz Brusnic in zdravnica dr. Veruša Štolfa, rojena 8. marca 1912 v Sežani. Študij je končala v Zagrebu leta 1936 ter pripravništvo v Ljubljani. Zaposlila se je v novomeški porodnišnici, kjer je sodelovala z narodnoosvobodilnim gibanjem. V bolnišnici je našlo smrt poleg njuju še 14 bolnic.

Mesto se je 3. oktobra 1943 razcvetelo v razvaline in kri pod semenom sovražnih letal in si le počasi opomoglo. Najhuje so



Dr. Veruška Štolfa

bile prizadete ulice med Kapitljem in Glavnim trgom. Vtis, ki ga je napravil pogled s Kapitlja na velike lijake, ki so zijali na prostoru, kjer je prej stala hiša, je Ivan Dolenc označil z besedami prošta Čerina: »Novo mesto je *bilo!*« Na desni breg Krke ni padla



Ženska bolnišnica dan po letalskem napadu

nobena bomba. Sreča v nesreči je bila, da se večina meščanov še ni vrnila v mesto in je velik del bomb padel na prazne hiše. Okoliške vasi so bile polne beguncev, v nekaterih hišah je poleg domačih bivalo tudi po sedem družin.

21. oktobra 1943 so Nemci zasedli mesto. Jeseni 1943 in leta 1944 so bombardirali številne dolenske in belokranjske vasi, bilo je veliko mrtvih in ranjenih, da o premoženjski škodi ne govorim. 13. septembra 1943 so Nemci na šentjernejskem polju z letala mitraljirali rešilni avtomobil in smrtno ranili novomeškega partizanskega zdravnika dr. Vladimira Sajeta (roj. 1915). Nemški zasedbi Novega mesta so sledile represalije, veliko ljudi so ustrelili in obesili, celo na vrtno ograjo gostilne v bližini gimnazije.

Meščani so se počasi vračali, saj so vedeli, da vsaj bombnih napadov ne bo več, dokler bodo v mestu Nemci. O bombardiranju Novega mesta in žrtvah tega nista slovenska dnevnik Slovenec in Jutro ničesar objavila. Šele 4. decembra je časopis Slovenski dom objavil članek s slikami porušenega mesta, za kar je obdolzil kar Osvobodilno fronto.

Domobranci so prišli v mesto zadnje dni oktobra, v novih zelenih nemških uniformah in s slovensko trobojnico na levih rokavih. Zasedli so gimnazijo in pred njo na drog obesili veliko slovensko zastavo s kranjskim enoglavim orlom, ki so jo morali sneti na zahtevo Nemcev, toda spomladi naslednje leto je zopet plapolala.

Ko knjižničarka na rajžo gre

Nana Turk

Univerza v Ljubljani nudi od leta 1999/2000 program vseživljenjskega učenja Erasmus. Sprva so se tega usposabljanja udeleževali študentje in pedagoško osebje, leta 2008 pa tudi ostalo osebje univerze, med njimi tudi bibliotekarji.

Zaposlena sem v Centralni medicinski knjižnici, ki sodeluje z nekaterimi nemškimi knjižnicami, zato sem želela поблиže spoznati organizacijo in delo nemških medicinskih knjižnic. Razpisano je bilo izobraževanje v medicinskih knjižnicah na Univerzi Ludwig Maximilian (LMU). Univerza LMU spada k prestižnejšim univerzam v Evropi in ima že več kot 500-letno tradicijo.

Nastanitev v Münchnu

Postopke za prijavo sem začela urejati že septembra 2008, kljub temu se je mesec junij, ko sem se odpravila v Nemčijo, hitro približal. V Münchnu sem bila od 23. junija do 3. julija 2009. Stanovala sem v hiši na Goethestrasse 29, blizu trga Theresienwiese, kjer poteka vsakoletni Oktoberfest.

Knjižnica klinike Grosshadern

Moje delovno mesto v prvem tednu je bila knjižnica na kliniki Grosshadern. Imenujejo jo tudi »toaster«, ker je oblečena v aluminijasto fasado. V kliniki je na voljo okoli 1500 postelj. Sem se je med leti 1971 in 1981 preselilo 15 klinik in štirje inštituti iz središča mesta. Sredi klinike potekajo v treh nadstropjih trije različni hodniki: Versorgungstrasse, hodnik v kleti, kjer srečuješ delavce, ki skrbijo za tehnični potek dela, Pazientenstrasse, hodnik za bolnike, in Besucherstrasse, hodnik za obiskovalce. Knjižnica se nahaja na koncu hodnika »Versorgungsstrasse«. Namenjena je predvsem raziskovalcem in ostalemu osebju na kliniki, ni pa čisto zaprta za ostale uporabnike.

Medizinische Lesehalle (ML)

Knjižnica ML se nahaja na Beethovensplatz 1, v neposredni bližini ulice Goethestrasse. Ustanovljena je bila že daljnega leta 1930 v t.i. Brakl Haus. Hiša se imenuje po lastniku Francu Josefu Braklu, igralcu in opernem pevcu, ki je bil kasneje tudi

direktor gledališča. Hiša je bila zgrajena leta 1913 po načrtih arhitekta Emanuela von Seidla. Knjižnico obiskujejo pretežno študenti medicine, ki ostajajo v njej cele dneve in se pripravljajo za izpite. Večino študijskega gradiva, ki pa ni zelo drago, je v nemškem jeziku. Študenti veliko študijske literature kupijo, saj lahko tako besedilo podčrtavajo, pišejo opombe ipd.

V sklopu knjižnice deluje tudi knjižnica Inštituta za zgodovino medicine »Institut für Geschichte der Medizin«. Knjižnica je redko obiskana, saj so njeni člani le strokovnjaki s tega področja. V Nemčiji se vse bolj zavedajo krutih dogodkov prejšnjega stoletja, zato so začeli podrobneje preučevati nacizem, da bi se izognili podobnim dogodkom. Zelo veliko gradiva o nacizmu je tudi v tej knjižnici.

Utrinki s potepanja po Bavarski München

Stanovala sem na Goethestrasse v okrožju Isorvorstadt, blizu središča oz. starega dela mesta »Altstadt«. V tem predelu je poleg Goethestrasse še nekaj cest, ki se imenujejo po znanih nemških prednikih: Schillerstrasse, Mozartstrasse, Schubertstrasse itd. Takoj ob prihodu sem ugotovila, da gostinski-trgovski del obvladujejo Turki. Treba je priznati, da je zares dobra kombinacija: ceste, ki nosijo imena starih Nemcev, in turški priseljenci.

Stari del mesta Altstadt sem si ogledala peš, obvozila pa sem ga tudi z avtomobilom. Zanimiva so stara vrata, ki stojino na treh skrajnih mestih okrožja Altstadt: vzhodna mestna vrata Isartor, zahodna mestna vrata Karlstor in južna mestna vrata Sendlinger Tor. Ko prispeš v središče mesta, se odpre slika z razglednic: Frauenkirche z zvonikom v obliki haub in Marienplatz z mestno hišo z znamenitim zvonjenjem »Glockenspiel« in pripadajočo predstavo vsako uro, ki si jo ogleda poln trg ljudi. Gneča je zelo velika, tudi če dežuje. Obiskala sem seveda tudi münchensko slaščičarno in poskusila njihovo znamenito sladico »Zwetschkendatschi«, sestavljeno iz biskvita in češpelj. Spustiti pa se ne sme tudi njihove preste »Brezel«. Znameniti so tudi po pivih, toda ker nisem pivec, o njihovih okusih in vplivu na počutje ne morem reči ničesar.

Regensburg

Nekega dne sem se napotila tudi v Regensburg, ki je mesto ob sotočju Regen in Donave. Tam sem bila konec junija, ravno v pravem času in letu, saj junija na vsaki dve leti priredijo festival z veliko glasbe, jedace in pijače.

Mesto slavi po mogočni gotski katedrali, ki je nastajala med leti 1275 in 1634, zvonika pa sta bila dokončana šele leta 1869. Od leta 2006 sodi staro mestno jedro med Unescovo svetovno dediščino. Od leta 1962 je v mestu tudi univerza, ki jo obiskuje okoli 18.000 študentov. Regensburg je četrto največje mesto na Bavarskem in slovi po predelovalni industriji (avtomobilizem, strojništvo, elektrotehnika in mikroelektronika). Brezposelnost v mestu je daleč pod bavarskim povprečjem.

Freising

Naslednje mesto, ki sem ga obiskala, je bil Freising, mesto, pomembno za Slovence, saj se po njem imenujejo Brižinski spomeniki. Leta 1803 so iz Freisinga prišli v Bavarsko deželno knjižnico. Mesto je staro že okoli 1300 let, znano je po verskem muzeju »Dombergmuseum Friesing«, ki sem ga tudi obiskala. Muzej je nastal v 19. stoletju, v njem pa najdemo bogato zbirko verskih predmetov (jaslice, slike, oltarje, skulpture) iz Bavarske, Tirolske in Italije.

Dachau

Freisingu je sledil Dachau, ki je od Münchna oddaljen samo 20 km. Mesto je s svojo 1200-letno zgodovino in znamenito umetnostno sceno pomembno kulturno mesto v Nemčiji. Sredi mesta se nahaja renesančni grad z velikim vrtom. V mestu je tudi slikarska galerija, ki nudi stalne razstave pokrajinskih in žanrskih slik 19. in 20. stoletja.

Verjetno pa je mesto večini ljudi poznano po koncentracijskem taborišču. Nemci se zelo zavedajo svoje trpke zgodovine in preučujejo pojave nacizma. In res, ko ogleduješ v taborišču male celice, posnetke, koncentracijska taborišča, strelske vode ipd., ne moreš verjeti, da je človeštvo zmožno takih grozot. Taborišče je zelo dobro ohranjeno in pregledno urejeno. Vsak razstavni predmet je natančno dokumentiran. Posebej sem šla pogledati še strelske vode, ki se nahajajo nedaleč stran od taborišča. Ob pogledu na vse te grozote sem si želele samo tega, da nikom več ne bi bilo treba prenašati takega trpljenja in doživljati takega ponižanja.

Neuswanstein

Če si že na Bavarskem, je treba obiskati tudi grad Neuswanstein, pravljичni grad, ki je za javnost odprt od konca 19. stoletja. Grad je resnično pravljičen, je pravi magnet za obiskovalce in je ena največjih turističnih destinacij v Nemčiji. Grad je znan tudi po tem, da je navdihnil Walta Disneya pri gradnji Disney parka. Hkrati je grad osnova za številna dela popularne kulture.

Za konec

Usposabljanje tako ni bilo posvečeno samo delu, ampak tudi spoznavanju znamenitosti Bavarske ter vsakdanje plati življenja. Kratko življenje v tujem okolju me je napolnilo z novo energijo, saj so bile misli usmerjene v pridobivanje novih informacij in doživetij.

Hvaležna sem univerzi, da nam je omogočila usposabljanje, kontaktnim osebam Erasmusa, da so mi pomagale vzpostaviti stike z nemškimi kolegi. Hvaležna sem vodstvu domače knjižnice, da mi je omogočilo to usposabljanje, ter vsem osebam v Nemčiji, ki so me tako lepo sprejele in mi bile pripravljene prikazati svoje delo.

Sodobni pristop in zdravljenje primarne nočne enureze pri otrocih

Anamarija Meglič

Primarna nočna enureza (PNE) je pogosta težava mnogih otrok, ki lahko traja celo v dobo mladostnika. V Sloveniji je delež otrok s PNE podoben kot drugod po svetu, petletnikov je skoraj devet odstotkov. Težavo lahko enostavno in hitro rešimo. Smiselno je odkrivanje PNE že v starosti petih let, pred vstopom otroka v šolo. V članku je prikazan sodobni pristop in opisane uveljavljene vrste zdravljenja, dostopne tudi pri nas. Prav bi bilo, da v Sloveniji med pediatri ne bi bilo razlik v odločitvi in o načinu zdravljenja PNE. Menimo, da je odlašanje z reševanjem težave s strani zdravnika prej odraz neznanja kot strokovne odločitve.

Primarna nočna enureza (PNE) je nočno močenje postelje pri otrocih, starejših od pet let, ki še nikdar niso bili suhi dlje kot šest mesecev. O prevalenci so podatki po svetu različni, predvsem zaradi različno definirane PNE. Večinoma velja, da v starosti petih let ponoči moči posteljo okrog 10 odstotkov otrok. S starostjo otrok prevalenca upada, med desetletniki ima PNE le še tri do pet odstotkov otrok. V odrasli dobi, po 18. letu, naj bi imelo PNE polovica do enega odstotka ljudi. V Sloveniji je prevalenca PNE pri petletnikih 8,7 odstotka.

Prav zato, ker prevalenca s starostjo otrok upada, je PNE najverjetneje odraz nedozorelih mehanizmov za zadrževanje urina v mehurju ponoči. Pristop k odkrivanju in zdravljenju se je pri nas v zadnjih letih bistveno spremenil. Danes odkrivamo otroke veliko prej in zdravimo intenzivneje, kar pri nas sovpadajo tudi z zgodnejšim vstopom v šolo.

Vzroki primarne nočne enureze

Nočna poliurija

Količina urina, ki nastane v nočnem času, je odvisna od zaužite količine tekočine in številnih, med sabo povezanih ledvičnih, hormonskih in živčnih mehanizmov, med katerimi so pomembni vazopresin, renin, angiotenzin in simpatični živčni sistem. V več študijah so dokazali, da je pomemben razlog za PNE nočna poliurija zaradi relativnega pomanjkanja antidiuretike vazopresina in zato izločanje velikih količin urina z nizko osmolarnostjo. Relativno pomanjkanje vazopresina ponoči naj bi bilo odraz odsotnega cirkadianega ritma izločanja hormona oz. nedozorelosti centralnega živčevja.

Prekomerno aktiven sečni mehur

Delovanje detruzorja (mišične stene mehurja) nadzoruje avtonomno živčevje pod kontrolo centralnih živčnih mehanizmov. Zbujanje med spanjem zaradi dražljajev iz mehurja je odvisno od retikularne substance, ki prevaja senzorne podatke v dražljaj preko podaljšane hrbtenjače in noradrenergičnih receptorjev. Različni avtorji so ugotovili pogoste neinhibirane kontrakcije

mehurja med spanjem pri približno tretjini otrok s PNE, še večji delež pa pri otrocih z nočno enurezo in pridruženo dnevno inkontinenco urina.

Otroci s PNE so nedvomno patogenetsko heterogeni in jih ne moremo deliti na otroke s samo nočno poliurijo in na otroke z od mehurja odvisno enurezo. Od tipa enureze pričakujemo odgovor na različno zdravljenje. Pri obeh skupinah gre sočasno za nesposobnost zbujanja zaradi občutka polnega mehurja.

Visok prag za zbujanje

Starši otrok s PNE večinoma opisujejo spanec njihovih otrok kot izredno globok. Ob poskusih zbujanja za nočno mikcijo je takega otroka nemogoče zbuditi. Čeprav je normalno, da otroci spijo trdneje kot odrasli, gre pri otrocih s PNE za nesposobnost zbujanja zaradi dražljajev iz mehurja, lahko zaradi nezrelosti centralnoživčnih mehanizmov.

Drugi patogenetski mehanizmi

Posebno skupino otrok s PNE predstavljajo otroci, ki smrčijo v spanju, oz. otroci z obstrukcijsko apnejo zaradi povečane žrelnice in mandljev ali drugih vzrokov. Bolniki z nevropsihiatričnimi obolenji imajo pogosto različne motnje mikcije, podnevi in ponoči, povezane bodisi z nepravilnim delovanjem perifernega živčevja ali višjih centralnomožganskih poti. Sem sodijo tudi umsko manj razviti otroci s PNE z motorično prizadetostjo ali brez nje in otroci z motnjami pozornosti.

Diagnostika pri otroku s primarno nočno enurezo

Z zgodnjim odkrivanjem PNE in hitrim ukrepanjem otroku omogočimo neokrnjeno psihosocialno počutje, rast in razvoj. Smiselno se zdi, da bi težavo kljub temu, da se je večina otrok in staršev sramuje in o njej nerada govori, odkrivali na sistematskem pregledu v starosti petih let, pred vstopom v šolo. Izredno pomemben je spoštljiv in vzpodbuden pogovor zdravnika z otrokom in njegovimi starši. Iz natančne anamneze o trajanju in pogostosti nočne enureze, o dnevni mikcijah, odvajanju blata in pitju tekočin pridobimo vse potrebne podatke za postavitve diagnoze PNE. Lahko gre za pridružene dnevne motnje mikcije: praznjenje mehurja pogosto in po malem, redko praznjenje mehurja, uhajanje urina po kapljicah ob nenadnem in hudem dražljaju za mikcijo – znake prekomerno aktivnega mehurja, in kronično zaprtje. Pomembna je anamneza o pridruženih boleznih otroka in o družinski obremenitvi za PNE. Za hitrejše pridobivanje anamnestičnih podatkov lahko uporabimo vprašalnik, ki smo ga oblikovali na naši kliniki.

Ob pregledu smo posebej pozorni na genitourinarni, gastrointestinalni in nevrološki sistem. Iščemo rezistence ali bolečnost v

trebuhu, zunanje spremembe lumbalno-križnega predela, znake vnetja zunanjega spolovila, odklone v nevrološkem statusu. Od preiskav zadoščajo osnovni laboratorijski izvidi, izključitev okužbe sečil in ultrazvočni pregled trebuha.

Z ultrazvočno preiskavo, z meritvijo prostornine mehurja, debelino stene mehurja in oceno zaostalega urina po mikciji lahko uspešno nadomestimo invazivne urodinamske preiskave. Slabšo prognozo imajo bolniki z majhno prostornino mehurja in zadebeljeno steno mehurja, kar kaže na prekomerno aktiven mehur, in tisti z veliko kapaciteto in tanko steno mehurja, s premalo aktivnim mehurjem. V kolikor iz anamneze in ultrazvočnega pregleda ugotovimo sliko prekomerno aktivnega mehurja, bo najprej potrebno učenje pravilnega vedenjskega vzorca praznjenja mehurja in morda uvedba antiholinergika. Tudi ureditev odvajanja blata svetujemo pred pričetkom zdravljenja PNE.

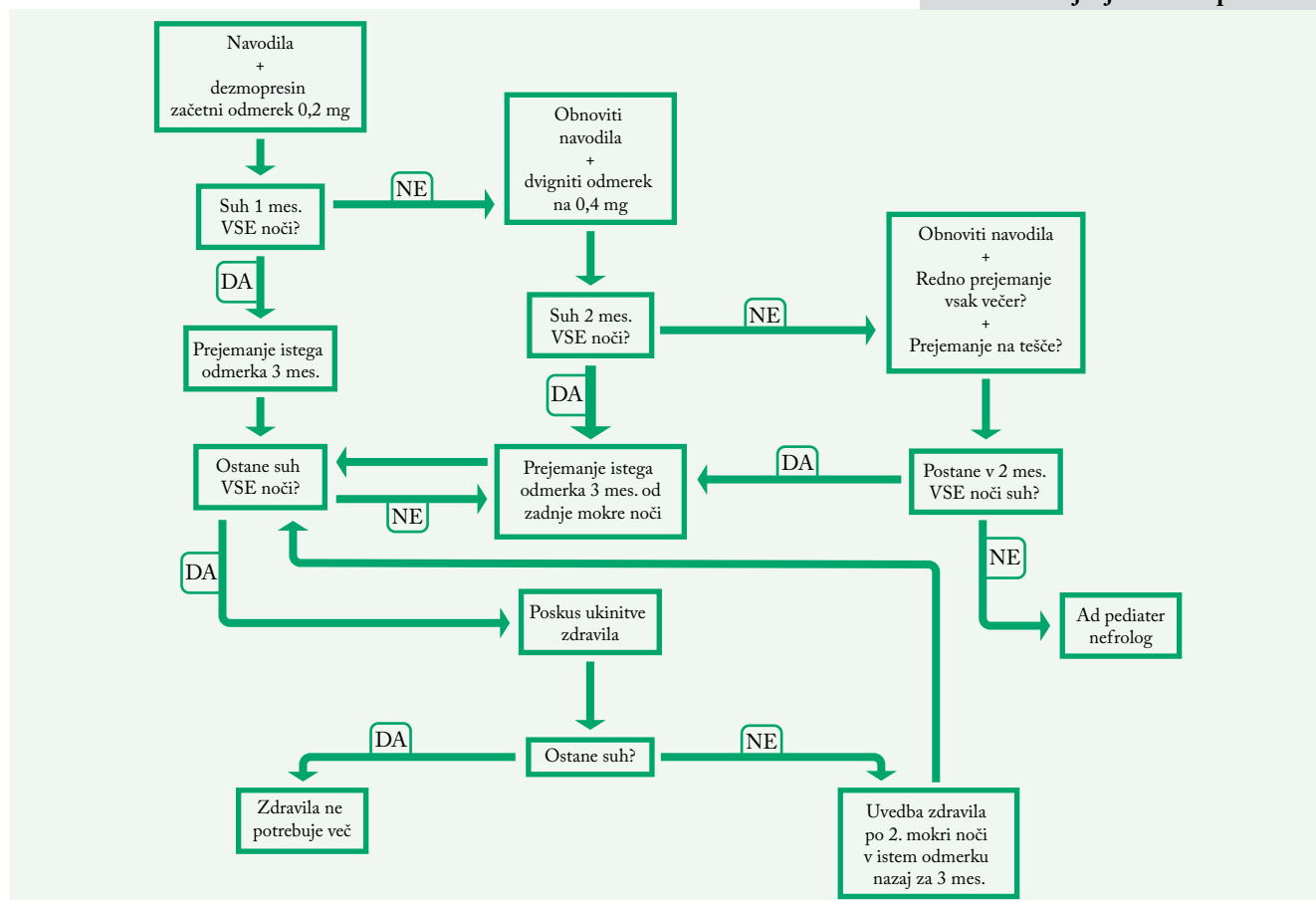
Zdravljenje otroka s primarno nočno enurezo

Odločitev o vrsti zdravljenja, za dezmpresin ali alarm za nočno zbujanje, naj bi bila vedno odraz enakopravnega dogovora

med otrokom, starši in zdravnikom. Prav bi bilo, da v Sloveniji med pediatri ne bi bilo razlik v odločitvi in o načinu zdravljenja PNE. Menimo, da je odlašanje z reševanjem težave s strani zdravnika prej odraz neznanja kot strokovne odločitve.

Različne načine zdravljenja PNE delimo v zdravljenje prvega in drugega reda. V prvi red sodijo dezmpresin in alarm za nočno zbujanje (sistem s senzorjem, ki ob pričetku močenja perila ali rjuhe sproži glasen alarm). Oba načina zdravljenja sta dandanes dosegljiva tudi v Sloveniji. Zaradi hudih stranskih učinkov, slabosti, nočnih mor in kardiotoksičnosti, ob tem pa drugih možnosti zdravljenja PNE, tricikličnega antidepresiva (imipramina) pri nas ne predpisujemo. Dezmpresin je analog vazopresina in deluje na diurezo preko V2-receptorjev v ledvičnih tubulih, zmanjšuje nočno poliurijo. Glede na to, da so tudi pri otrocih s PNE in brez nočne poliurije dokazali uspeh po uporabi dezmpresina, ima verjetno še druge, do sedaj nepojasnjene načine delovanja na PNE. Šema zdravljenja z dezmpresinom, prirejena po različnih avtorjih in usklajena z zadnjimi smernicami ICCS, je prikazana na sliki. Čas zdravljenja, ki

Shema zdravljenja z dezmpresinom



Legenda:

»Navodila« splošna navodila o rednem in popolnem praznjenju mehurja, rednem odvajanju blata, vnosu tekočin največ v prvi tretjini, manj v drugi tretjini in

najmanj v tretji tretjini dneva. Ustrezen čas prejetja dezmpresina je zaradi optimalne resorpcije in delovanja vsaj eno uro po večerji in hkrati vsaj eno uro pred spanjem. Nujno je redno uživanje zdravila vsak večer.

naj bi ga vodil pediater v osnovnem zdravstvu, je zelo različen, od najmanj štirih mesecev, lahko do več let. Nikdar ne smemo pozabiti na priporočilo o vnosu tekočin: otrok naj največ popije v prvi tretjini dneva, manj v drugi tretjini in najmanj v zadnji tretjini dneva.

V primeru neuspeha po nekaj mesecih uživanja dezmopresina ali uporabe alarma predpišemo oba načina zdravljenja naenkrat, s čimer v naslednjih mesecih pomembno povečamo verjetnost uspeha.

Zdravljenje drugega reda so parasimpatikolitične substance z antiholinergičnim delovanjem in relaksacijskim delovanjem na gladko mišičje. Tovrstna zdravila (oksibutin, tolteridin) imajo dokazan učinek na prekomerno aktivni mehur s sliko dnevne urgentne inkontinence. Zanje se odločimo, kadar z zdravljenjem prvega reda ne dosežemo zadovoljivega uspeha. Po izkušnjah mnogih nočno močenje preneha prav po dodatni uvedbi oksibutina ob dezmopresinu ali alarmu. Stranskih učinkov, kot so glavobol, suha usta, bolečine v trebuhu, otroci večinoma ne navajajo.

Kadar so pri otroku prisotne kontraindikacije za uporabo dezmopresina, kot so prejetje diuretikov, oz. je potrebna previdnost ob elektrolitnih motnjah, tveganju za zvišan intrakranialni tlak, ob prejemanju tricikličnih antidepressivov, klorpromazina in karbamazepina, prihaja v poštev nedvomno alarm, ki je dostopen tudi pri nas. Alarm naj bi bil za zdravljenje PNE enako učinkovit, če ga predpišemo kot zdravljenje prvega reda ali pa če ga uvedemo šele po že uvedenem dezmopresinu z nezadostnim učinkom.

Nezadovoljiv odgovor na zdravljenje z dezmopresinom je vztrajajoča nočna poliurija. Vzrok je lahko prenizek odmerek ali slabo sodelovanje otroka, ki še vedno večino dnevne tekočine

popije proti večeru. Pomemben vpliv na uspešnost zdravljenja ima neposredni stik otroka s terapevtom. Ugodno vpliva motivacijska terapija z nagradami, ko se pojavijo suhe noči, in izogibanje kaznim ob neuspehu. Po naših izkušnjah je zdravljenje PNE manj uspešno tudi takrat, kadar so pridružene še neodkrite dnevne motnje mikcije in kadar so skrb za zdravljenje namesto otroka prevzeli starši.

Zaključek

PNE je pogosta težava mnogih otrok, ki lahko traja celo v dobo mladostnika. Včasih so menili, da je vzročna pogojena s psihičnim stresom. Danes vemo, da je PNE nedvomno posledica nezrelih centralnih in perifernih živčnih mehanizmov, da je etiopatogenetsko heterogena in vsi možni mehanizmi še niso pojasnjeni. Psihična obremenitev je posledica PNE, zato je pomembno, da jo zgodaj odkrivamo in omogočimo otroku normalen psihosocialni razvoj. Preiskave za opredelitev diagnoze so enostavne, največ podatkov dobimo iz natančne anamneze. V svetu in pri nas je na voljo več načinov zdravljenja, prvega in drugega reda. Neuspešnost zdravljenja gre največkrat na račun slabe motivacije otroka, zato je pomemben reden kontakt z zdravnikom in vzpodbuda s strani staršev.

Literatura je na voljo pri avtorici.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana doc. dr. Anamarija Meglič, dr. med., avtorica članka »Sodobni pristop in zdravljenje primarne nočne enureze pri otrocih«, napisanega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da članek ni naročen s strani farmacevtske industrije. Ne vsebuje reklamnih sporočil, ampak gre za pregled strokovne literature, priporočil in kliničnih raziskav.

Vaginalni obroček - nova oblika hormonske kontracepcije

Darija Strah

Prvo hormonsko kontracepcijsko tabletko v Evropi so predpisali zdravniki ženskam leta 1961 pod pogojem, da je bila poročena in da je imela možovo privoljenje. Kakšne so možnosti danes? 23. septembra smo v hotelu Mons v Ljubljani ginekologi porodničarji prisostvovali strokovnemu sestanku, namenjenemu predstavitvi nove oblike hormonske kontracepcije – vaginalnega obročka.

Uvodna predavateljica doc. dr. Bojana Pintar nam je predstavila pregled sodobne kontracepcije. Ocenjujejo, da se letno zgodi 211 milijonov nosečnosti, približno 40 odstotkov vseh je nenačrtovanih. Vsekakor je odstotek nezaželenih visok, saj se letno 22 odstotkov vseh zanositev konča z umetno prekinitvijo. Žal je kar 60 odstotkov splavov ženski nevarnih in narejenih v razmerah, ki vodijo v resne zaplete. Tako približno 300 žensk dnevno

umre za posledicami umetne prekinitve. Približno ena tretjina nosečnosti se zgodi zaradi neuporabe kontracepcije, ena desetina pa zaradi nedoslednosti pri uporabi. Pomembno je, da je kontracepcija učinkovita, varna, sprejemljiva in dostopna. Tveganje rabe kontracepcije lahko ponazorimo z več vidikov: tveganje za smrtni dogodek ob letalski nesreči znaša 1 : 250.000, pri vožnji s kolesom 1 : 130.000, zaradi same nosečnosti 1 : 8700, ob legalni umetni prekinitvi nosečnosti 1 : 450.000. Tveganje za smrtni dogodek ob jemanju kontracepcije pa je naslednje: pri nekadilki do 35. leta 1 : 1.667.000, pri starejši 1 : 33.300, pri kadilki do 35. let 1 : 57.800, pri starejši kadilki 1 : 5200. Še primerjava smrtnega zapleta ob kirurški sterilizaciji: 1 : 66.700. Seveda se ob teh podatkih lahko malce nasmehujemo, a zopet nam svetovna statistika

potrdi, da moramo kadilke, starejše od 35 let, znatno opozarjati na neprimernost razvade in sočasne uporabe hormonske KC.

Uspeh kontracepcije tudi v Sloveniji merimo z dovoljeno splavnostjo. Zopet smo lahko veseli, da se rodnost dviga in znaša 40 rojstev na 1000 žensk. O povečani rodnosti poročajo tudi druge države v tranziciji. Delež dovoljene splavnosti se od leta 1980 vztrajno niža in je leta 2007 znašal 10 odstotkov. Še vedno moramo biti pozorni, katere ženske so tiste, ki umetno prekinajo nosečnost, in zopet so v ospredju povratnice. Razveseljiv podatek, kateremu botruje kakovostno delo vseh ginekologov Slovenije, je, da je bilo leta 1997 30 odstotkov povratnic, leta 2007 pa le še 21 odstotkov.

Dostopnost hormonske kontracepcije pri nas

1. Kombinirana oralna kontracepcija (KOK):

- 16 vrst KOK z 21-dnevnim režimom jemanja, ena vrsta KOK z 28-dnevnim režimom jemanja. KOK s 84-dnevnim režimom jemanja v uradni obliki sicer nimamo, a v praksi svetujemo nekaj vrst KOK z 21-dnevnim režimom jemanja in ženski natančno razložimo način in obliko podaljšane jemanja. V novembru 2009 pričakujemo posebno obliko KOK z estradiolvaleratom, drugo leto KOK z klormadion-acetatom.

2. Progestogenska oralna kontracepcija (POK):

- ena vrsta POK s kontinuiranim jemanjem, ena vrsta urgentne POK (levonorgestrel), ostali dve sta v fazi predregistracije in ju pričakujemo spomladi in jeseni 2010, depo injekcija depo provere i.m., ponekod v Evropi je registrirana s.c. oblika.

3. Posebne oblike:

- vaginalni obroček, novopredstavljen letos, hormonski maternični obroček, kožni obliž. Podkožnih vsadkov v Sloveniji žal ni moč dobiti, seveda pa so na voljo še vedno bakreni maternični vložki, kondomi, ženski kondomi, diafragma oziroma cervikalna kapica ter spermicidi. Sterilizacija je zakonsko določena in se pri nas sicer izvaja v nizkem odstotku, ki pa ga lahko zasledimo tudi drugje po svetu. Temu primerno redka je tudi vazektomija.

Vsa priporočila za varno rabo kontracepcije si lahko preberete na www.who.int/reproductive-health/publications/mec, predloge slovenskih smernic pa na: www.obgyn-si.org.

Vaginalni obroček – nova oblika kontracepcije

Prof. dr. Daniel S. Seidman s Sheeba Medical Center univerze v Tel Avivu in predsednik Izraelskega združenja za kontracepcijo nam je opisal novo kontraceptivno obliko – vaginalni obroček. Prvo kontracepcijsko tabletko v Evropi so predpisali zdravniki ženskam leta 1961 pod pogojem, da je bila ženska poročena in da je imela moževo privoljenje. Pri pregledu po posameznih državah so ugotovili, da danes klasično tabletko uporablja 20 odstotkov Italijank, enak delež Američank, 35 odstotkov Nemk, 3 odstotke Rusinj, 2 odstotka Kitajk in 1 odstotek Japonk.

Ženske od zaščite pričakujejo, da bo enostavna za uporabo, varna, zanesljiva in s čim manj stranskimi učinki. Zato je pomembno, da ima možnost izbire različnih vrst zaščite, ki ustrezajo individualnemu načinu življenja, ne bodo imele negativnega vpliva



Bojana Pintar, Darija Strah in Vilma Kovač na predstavitvi nove kontracepcije

na telo in bodo morda celo izboljšale ali pripomogle k večjemu razumevanju spolnega življenja. Ženska si želi kontracepcijo, ki jo zlahka začne ali preneha jemati, hitro povrnitev zmožnosti zanositve, da jo lahko sama uporablja, da sredstvo ne moti spolnosti, dobro uravnava krvavitve, dismenorejo in predmenstrualni sindrom, telesno težo in vsebnost vode v telesu ter ima blagodejne vplive na kožo. Želijo se izogniti slabosti in napetosti v dojkah, vmesnim krvavitvam ali spottingom, spremembam razpoloženja in spolnega poženja ter glavobolom.

Vaginalni obroček je prva oblika kontracepcije s sproščanjem preko nožnice, ki jo je odobrila ameriška Uprava za hrano in zdravila (FDA). Vsebuje etinilestradiol v koncentraciji 15 µg, torej manj kot pri ultranizkodoznih oblikah KOK, ter etonorgestrel, aktivni metabolit dezogestrela v koncentraciji 120 µg. Ob vstavitvi prvi dan menstruacije nadaljnjih 21 dni izloča oba hormona, velik je 54 x 4 mm. Po treh tednih ga za teden dni odstranimo in 8. dan ponovno vstavimo nov obroček. Če ga ženska vstavi od 2. do 5. dneva, je sedem dni potrebna dodatna zaščita s kondomom. Velja zlato pravilo: vsaka vstavitev v nožnico je pravzaprav pravilna in večinoma ženska vstavljenega obročka ne čuti. Tako v intervalu 21 dni povzroči stabilno raven obeh hormonov v krvi in ravno s tem pripomore k najmanj pogostim stranskim učinkom hormonske kontracepcije. Zaradi absorpcije preko nožnice se izognemo prvemu prehodu hormonov preko jeter. Anatomska sestava nožnice z bogato ožiljenostjo je zelo primerna za sproščanje hormonov. Etinilestradiol in etonorgestrel se sproščata iz obročka v enaki koncentraciji več kot 30 dni, zato lahko uporabo istega obročka podaljšamo za teden dni. Inhibicija ovulacije je visoka, merimo jo z velikostjo vodilnega folikla in nivoja estradiola in progesterona v krvi. Učinkovitost zaščite izražamo s Pearllovim indeksom, ki znaša 1,18 ob *intention to treat* protokolu in 0,77 ob protokolu samemu. Pogostnost vmesnih krvavitvev je nizka, približno 5,5 odstotka v prvih 12 mesecih uporabe. Primerjava s KOK kaže, da je v prvih šestih ciklikih uporabe manj neželenih nepravilnih krvavitvev pri obročku. Delež neželenih stranskih učinkov se giblje med 2 in 5 odstotki, najpogosteje opisani so: glavobol, vaginitis, levkoreja, pritožbe zaradi obročka kot takega, povečanje telesne teže, slabost in pojav aken. Ravno zaradi anatomske primernosti nožnice, ki v telesu leži pod kotom 130 stopinj in je torej poševen prostor v obliki črke H, izpade pravzaprav zelo malo – 2,6 odstotkov obročkov.

V primeru, da obroček ostane zunaj več kot priporočene tri ure, ga vseeno ponovno vstavimo, a uporabimo dodatno zaščito naslednjih sedem dni. Enako velja, če ga vstavimo kasneje kot 8. dan v času nove vstavitve. Zaradi nizke vsebnosti etinilestradiola je manj stranskih učinkov. Obroček predstavlja zaščito z najmanjšo koncentracijo estrogena. Primerjava sistemske mesečne izpostavljenosti za etinilestradiol (EE) pri obližu, KOK in obročku kaže, da je izpostavljenost v telesu pri obližu z vsebnostjo 20 µg/d EE kar 37,5 ng/h/ml, pri KOK z vsebnostjo 30 µg/d EE 22,5 ng/h/ml in pri obročku z vsebnostjo 15 µg EE/d 11,1 ng/h/ml.

Poudariti pa je seveda treba, da vaginalni obroček ne zagotavlja nobene zaščite proti spolno prenosljivim boleznim, zato se

priporoča, da hkrati uporabimo kondom iz lateksa. Študija sprejemljivosti obročka pri ženskah kaže, da večina potrjuje lahko vstavljanje in odstranitev, zelo malo jih čuti obroček med spolnim odnosom, ravno tako zelo malo spolnih partnerjev zavrača tako vrsto kontracepcije pri ženski. Da večina žensk ne more čutiti obročka med odnosom, si lahko pojasnimo z razlago oživčenja nožnice: spodnja tretjina in vhod sta bogato oživčena, zgornji dve tretjini pa zelo malo. Primerjava zadovoljstva in nadaljnje uporabe med ženskami v Nemčiji, Španiji in na Nizozemskem kaže približno 80-odstotno zadovoljstvo ob uporabi, 90-odstotno strinjanje z lahko uporabo in 70- do 80-odstotno nadaljnjo uporabo.

Vaginalni obroček predstavlja prvo obliko uporabe hormonske kontracepcije na tak način, zato je R. Nappi leta 2006 izvedla obsežno študijo *The International Vagina Dialogue Survey* pri 9441 ženskah v 11 državah, starih od 18 do 44 let. Izsledki so naslednji: večina žensk lahko izgovori besedo vagina svobodno, a tretjina vseh čuti zadrego pri pogovoru v javnosti. Polovica meni, da je vagina del, najmanj poznan njej sami. Odnos družbe do vagine odkriva, da je šele sedanji čas naklonjen, da se ženske o njej lahko pogovarjajo svobodno, a dve tretjini žensk trdi, da je mnenje družbe še vedno neprimerno. Kar tretjina vseh vprašanih odkriva, da so jim v otroštvu dopovedovali, da je dotikanje spolovil umazano in grdo. Najbolj sproščeno se ženske o vagini pogovarjajo s svojim spolnim partnerjem, prijateljicami, sestro, mamo, zelo malo pa z moškimi prijatelji, brati ali očetom. Ženska pri opisu svoje vagine na prvo mesto postavi, da je to intimni del, nato spolno privlačen in nato skrivnosten del. Njen spolni partner pa kar v 40 odstotkih meni, da je vagina spolno privlačna, znatno manj, da je to njen intimni del, 14 odstotkov jih trdi, da je vagina lepa, in znatno manjši delež, da je skrivnostna.

Znanje ženske o nožnici sami razkriva, da jih 60 odstotkov premalo pozna svoj intimni del. Polovica ne ve, kako velika je vagina, a večina vseeno meni, da je ravno prav velika. 75 odstotkov se jih zaveda, da vagina sprejme in objame predmet, ki se pojavi v njej, a polovica še vedno zmotno meni, da je to navpična cevka takrat, ko ženska stoji. Le tretjina se jih zaveda, da je vagina tudi pot absorpcije zdravil v telo.

Asist. dr. Vilma Kovač nam je podala klinične izkušnje z vaginalnim obročkom. V dosedanjih študijah so analizirali kontraceptivno učinkovitost, kontrolo mesečnega ciklusa, sprejemljivost in neželene učinke med KOK in vaginalnim obročkom (VO). Ugotovili so primerljivo visoko kontraceptivno učinkovitost pri obeh, majhen vpliv na telesno težo tako pri KOK kot VO, enako pozitiven učinek na dismenorejo in predmenstrualni sindrom, a boljšo kontrolo ciklusa pri VO in tudi večjo sprejemljivost med uporabnicami. Obširne klinične izkušnje so povzete po poročilu dr. Ulle Agren s Finske, kjer obroček uporabljajo že od leta 2003. Mnenja uporabnic so naslednja: uporaba VO je enostavna, ne zahteva dnevnega režima jemanja, saj ga vstavijo v nožnico za tri tedne, nato ga odstranijo za teden dni in si ga nato ponovno vstavijo v nožnico. V začetku se poraja vprašanje, ali ga res vstavijo same in kako, vendar že kmalu ugotovijo, da je vstavljanje povsem enostavno. Vaginalnega obročka že nekaj ur

po vstavitvi ne čutijo več, saj se na telesni temperaturi povsem zmehta. Poročajo o zelo nizki stopnji zdrsa VO iz nožnice. Ženske skrbi, ali obroček moti spolni odnos; ankete poročajo, da večine parov obroček ne moti. Če želijo, si lahko med odnosi VO vseeno odstranijo in si ga ponovno namestijo v naslednjih treh urah. Možne so prestativne prekinitvene krvavitve, podobno kot pri KOK. VO ne poveča tveganja za nožnične okužbe.

Dr. Kovačeva je nanizala tudi lastne izkušnje: izkazalo se je, da je VO zelo primerna oblika za začetnice uporabnice hormonske KC, saj so to večinoma mlade ženske, željne novosti, novega načina in manj ali zelo malo obremenjene z negativno podobo nožnice kot dela telesa, ki je bila bolj prisotna pred desetletji med ženskami in na splošno v družbi. Pomembno je, da VO ne »medikaliziramo« preveč, da jasno razložimo enostavnost vstavitve in odstranitve ter predstavimo nožnico kot medij, kjer se oba hormona primerno izločata v telo in s tem zelo dobro uravnava svojo zaščitno vlogo. Izkušnje, ki jih ženske pridobijo ob prvem obročku, so kritične za nadaljnjo uporabo in če so pozitivne, zelo malo žensk preneha z uporabo. Meni, da je pojavnost neželenih učinkov nizka, večinoma opisani glavoboli, slabost in napetost dojk ter nevtralen vpliv na telesno težo. Ženske se manj pritožujejo zaradi suhe nožnice. Meni, da je VO primerna oblika zaščite za ženske z glavoboli, gastrointestinalnimi težavami, dimsenorejo, za uporabnice, ki vsakodnevno pozabljajo vzeti tabletko per os, za mame z majhnimi otroki, za

ženske, ki delajo v izmenah, za ženske, ki dosti potujejo in tako menjavajo časovne pasove, ter za študentke.

Marija Ilijaš Koželj, dr. med., in Lucija Vrabič Dežman, dr. med., sta predstavili kontracepcijsko svetovanje in dva klinična primera individualne obravnave pri posameznici. Pri opisu obeh primerov smo udeleženci strokovnega sestanka tudi aktivno sodelovali z glasovanjem, kako bi ravnali pri najboljši izbiri posamezne oblike hormonske zaščite.

Izjava o konfliktu interesov

Podpisana Darija Strah, dr. med., avtorica članka Vaginalni obroček – nova oblika hormonske kontracepcije, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da je strokovni povzetek predstavitvenega simpozija namenjen seznanjanju strokovne javnosti z namenom predstavitve nove vrste hormonske kontracepcije. Članek ne vsebuje reklamnih sporočil farmacevtske družbe Schering Plough, ki je organizirala predstavitveni simpozij. Povzetek predavanja vsebuje znanstveno potrjena dejstva in novice, potrebne za strokovno seznanjanje z novim zdravilom.

Nov, kroničen način zdravljenja erektilne disfunkcije z zdravili

Ciril Oblak

Eretilna disfunkcija (ED) je v splošni populaciji moških med 40. in 70. letom starosti pogosta. V raziskavah, ki so jih opravili na velikem številu moških, je bila prisotna kar pri 52 odstotkih. Ta motnja je tudi tesno povezana z zmanjšanjem kakovosti življenja v vseh starostnih obdobjih. V starosti 40 let ima težave s potenco že kar 9,5 odstotka moških. Srčno-žilna bolezen je najpogostejši vzrok, saj povzroči težavo kar pri približno 80 odstotkih vseh bolnikov z ED, slednja je lahko tudi prvi simptom resne srčno-žilne bolezni.

V zdravljenju ED so se kot uspešna izkazala zdravila, ki vsebujejo zaviralce fosfodiesteraze tipa 5. Navedena zdravila so postala temeljni kamen v zdravljenju, saj so dokazala uspešnost pri približno 75 odstotkih bolnikov, ne glede na vzrok motnje. Kontraindikacije so redke, v praksi je to največkrat sočasno zdravljenje z nitrati v katerikoli obliki. Stranski učinki so najpogostejše blagi in prehodni, zato malokrat vodijo do prekinitve zdravljenja. Tradicionalno bolniki jemljejo zdravila po potrebi (»on-demand«), trajanje učinkovanja posameznega zdravila določa časovno okno, v katerem moški lahko ima uspešen spolni odnos. Težava zdravljenja ED z zdravili je v pogosti opustitvi

zdravljenja. V nekaterih raziskavah je bil delež opustitve celo 78-odstoten. Eden od pomembnejših vzrokov je razhajanje med učinkovitostjo zdravil in spolnim zadovoljstvom para. Pri tem najverjetneje igra pomembno vlogo pomanjkanje spontanosti v spolnem življenju, čeprav ima lahko zdravilo zaradi svojih farmakodinamičnih lastnosti tudi dolgo časovno okno.

V zadnjih letih so se raziskovalci precej ukvarjali z možnostjo, da bi bolniki z ED jemali zdravilo dnevno in ne po potrebi, kot je bilo običajno. Takšen način je smiseln, če uporabimo tadalafil, ki ima dolgo razpolovno dobo – 17 ur. Rezultati raziskav so pokazali, da je dnevni režim jemanja tadalafila v odmerku 5 in 10 mg vsaj tako uspešen kot standardni, neželeni stranski učinki so lahko manjši, zaradi bolj enakomerne nasičenosti plazme (Porst s sodelavci). Kronično zdravljenje pri moških s sladkorno boleznijo, ki spadajo med težje ozdravljive bolnike, se je celo v nižjem odmerku 2,5 in 5 mg dnevno prav tako izkazalo za uspešno (Hatzichristou s sodelavci).

Ob kroničnem načinu zdravljenja dosežemo stabilne koncentracije tadalafila v krvi po petih dneh. Pri odmerku 5 mg, ki

se je v raziskavah izkazal za najprimernejšega, je kumulativna plazemska koncentracija v tem času enaka, kot če bi bolniki uživali odmerke 8 mg ob režimu »po potrebi« v času učinkovitosti zdravila. Obroki hrane na plazemske koncentracije nimajo nobenega vpliva. V številnih raziskavah so poročali tudi o drugih koristnih stranskih učinkih kroničnega zdravljenja s tadalafilom: zvečanju koncentracije dušikovih oksidov (eNOS) v žilnem endotelu, zvečanju vsebnosti alfa-aktina v gladkih mišicah kavernoznega telesa, opažali so ugoden vpliv na esenciarno hipertenzijo, možgansko prekrvitev, gibljivost požiralnika, želodčno funkcijo, ishemični kolitis, cistično fibrozo, razjede na udih, prekrvitev retine, sindrom vzdraženega črevesja, kronične ledvične bolezni, kronično limfocitno levkemijo, diabetično nevropatijo in na Raynaudovo bolezen. Zdravila tudi inducirajo hem oksigenazo in imajo celo antioksidativni učinek. Zdravljenje z zaviralci fosfodiesteraze tipa 5 izboljša simptome, ki jih povzročajo benigna povečana prostata in kronični prostatitis, zvečajo se koncentracije prostega in celokupnega testosterona, zveča se gibljivost spermijev, zmanjša se pogostost in izraženost ED po radikalni prostatektomiji.

Kronično zdravljenje s tadalafilom bi pri izbranih bolnikih lahko nadomestilo standardni način »po potrebi«. Nov način je sicer primeren le za bolnike z ED, pri katerih je bilo predhodno odmerjanje »po potrebi« uspešno in ki imajo spolne odnose vsaj

dvakrat tedensko. Priporočljiv je pri bolnikih, ki spadajo v skupino težje ozdravljivih moških z ED. Glede na številne ugodne stranske učinke tadalafila je možno, da se bodo nekateri moški odločili za kroničen način zdravljenja, ne zgolj zaradi ED, ampak tudi zaradi nekaterih od teh učinkov. Bolniki s hudo okvaro ledvične funkcije (očistek kreatinina manj kot 30 ml/min) niso primerni za kronično zdravljenje s tadalafilom, previdnost je potrebna tudi pri hujši okvari jetrne funkcije.

Literatura je dosegljiva pri avtorju

Izjava o konfliktu interesov

Podpisani prim. doc. dr. Ciril Oblak, dr. med., avtor članka Nov, kroničen način zdravljenja erektilne disfunkcije z zdravili, predvidenega za objavo v reviji Isis, izjavljam, da sem članek napisal na lastno pobudo, ker se mi zdi zanimiv za objavo. Moj članek ne vsebuje reklamnih sporočil, ki bi se kakor koli nanašala na proizvod cialis, ki ga trži firma EliLilly, in je le pregled znanstveno potrjenih dejstev o vlogi zaviralca fosfodiesteraze tipa 5 v zdravljenju erektilne disfunkcije oziroma uporabi na drugačen, novejši način.

Poročilo

Tečaj medicine v divjini in na (visokogorskih) odpravah

Jurij Gorjanc

»Gremo, gremo! Misliš, da ti tega ni treba splezati samo zato, ker si dohtar. Če se ne zbašeš čez, se lahko za izpit obrišeš pod nosom... Teorija pride šele pol...« se je v švicarski nemščini drl Urs Hefti, kirurg in organizator tečaja iz Zermatta.

»Presneto!« si mislim med visenjem v bajlah, »kako težačen! Še sreča, da so me na podoben način zajfali že inštruktorji v alpinistični šoli in pri GRS. Sicer pa, a mi je tega treba? Čeprav me vse skupaj že malo spominja na izkušnjo v vojski, vztrajam. Sicer...«

Tako nekako bi lahko opisal vzdušje in poskuse, da se dokopljem do potrdila, ki bi bilo nekakšna pika na i dosedanjemu delu in izobraževanju v gorski medicini.

Tečaj Wilderness and Expedition Medicine Course, ki je tokrat potekal v Zermattu od 17. do 22. avgusta 2009, je mednarodno usklajena oblika izobraževanja za zdravnike, ki ga že več kot desetletje organizirajo alpske države pod okriljem Mednarodne zveze alpinističnih organizacij (UIAA) in Mednarodne komisije za reševanje v gorah (IKAR). Njegov namen je naučiti zdravnika teoretičnih osnov in praktičnih veščin, ki jih mora



Hoja po ledeniku



Višinski tabor, v ozadju Matterhorn

obvladati, da lahko v visokogorju poskrbi najprej za lastno varnost, nato pa tudi za varnost in (predvsem) zdravje drugih. Tečaji z enakim programom in enakim zaključnim licenčnim izpitom obstajajo v Angliji, Franciji in nemško govorečih (alpskih) deželah. Zaradi velikega števila nemško govorečih kandidatov in vabljenih lokacij so tečaji v Avstriji, Nemčiji in Švici dobro obiskani in tudi najbolj organizirani. V letih poprej mora kandidat opraviti t.i. zimski in letni del izobraževanja ter dodatno še izpit iz medicine v visokogorju (vsako traja pet dni). Do sedaj je zaključni izpit iz medicine na odpravah v Švici opravilo sedem zdravnikov.

Skratka, dokaj zapletena logistika, a z namenom. V UIAA in IKAR težijo k temu, da imajo zdravniki, ki se udeležujejo visokogorskih odprav, opravljena predpisana izobraževanja in omenjeni izpit. Le na ta način lahko nekdo jamči za njihovo znanje in posredno zdravje udeležencev odprav. V Švici ter večina tudi v Avstriji in Nemčiji je standard tudi v praksi visok: zdravnik visokogorske odprave je lahko le nekdo z omenjenim licenčnim izpitom. Kako drugačne razmere od vsakdanje prakse v domovini, kjer so plezalci zelo srečni že, če zdravnika za odpravo (ob naših obveznostih) sploh dobijo. Pa s tem sploh nočem razpravljati o strokovni usposobljenosti slovenskih kolegov, saj je ta po mojem vedenju vendarle visoka. Bolj spodbujam k uvedbi podobnih standardov tudi pri nas.

V prijetnem hotelu (z balkonskim pogledom na Matterhorn) sredi Zermatta se nas je letos pozno avgusta zbralo 25 zdravnikov iz petih evropskih držav, prišla je tudi zdravnica iz Avstralije. Spoznavnemu popoldnevu je takoj sledilo razdeljevanje opreme ter dogovarjanje o tem, kaj bo kdo nosil, čeprav je bil vzpon na najvišji švicarski vrh (Dufour Spitze, 4678 m) načrtovan šele za konec tečaja. Predavanja so si v dneh po prihodu sledila od jutra do večera. Prišli so prof. dr. Marco Maggiorini, fiziolog iz Italije (vodilni raziskovalec na področju višinskega pljučnega edema), dr. Eckehart Schoell iz Nemčije (anestziolog in udeleženec več odprav), dr. Tobias Merz, intenzivist (višinski možganski edem) in drugi. Čeprav je bilo vse zapisano

v priročniku, ki smo ga prejeli, se je ob koncih predavanj vedno razvila živahna razprava. Užitek je razpravljati, ko ljudje govorijo iz izkušenj. Vsebina razprav presega namen tega poročila; morda omenim le aktualno področje dopinga v gorah. V UIAA zelo spodbujajo razprave o omenjenem problemu. Tudi Švicarji priznavajo, da je zloraba medicinskih preparatov, ki pospešujejo aklimatizacijo oz. domnevno preprečujejo razvoj višinske bolezni, v svetu zelo velika. Le odkrite strokovne razprave lahko vodijo do razjasnitve stanja. Na zdravnikih je naloga, da take pojave zaviramo, uporabo zdravil v nenamenskih situacijah obsojimo in poskušamo preprečevati. Poskusi prelisiti normalne procese aklimatizacije ali izboljšati zmogljivosti, so že marsikaterega alpinista drago stali.

Teoretičnemu delu je sledil vzpon na najvišjo kočo v Alpah (Cabana Margherita, 4559 m). Vendar brez spanja v koči, temveč v šotorih višinskega tabora. V koči (nekoliko niže) smo poslušali le še zadnji del predavanj: praktični napotki, seznam zdravil na odpravah, predvideni stroški... Sledil je celodnevni izpit. Začel se je na ledeniku Gorner, kjer je moral vsak kandidat izvesti pravilno vodenje naveze treh plezalcev preko ledeniških razpok, sposobnost vzpenjanja preko ledenih odlomov itd. Včasih, a le za hip, se je prikradla medmisel: »Pa sam' en teden dobrega dopusta sem želel preživeti v švicarskih Alpah«. Čeprav mi je vse skupaj šlo kar od rok in nog, sem užival šele pri reševanju iz razpok in se s hvaležnostjo spominjal let urjenja pri GRS. Teoretični – ustni del izpita je potekal pri posameznih izpraševalcih v sobah koč. Sledil je še komisijski del, ko je bilo treba razrešiti konkreten klinični primer bolnika s težkim primerom višinske bolezni. Ozračja resnosti se pri izpraševalcih ni dalo razbiti niti s kakšnim hribovskim vicem, svoje je k naporom prispevala še višina. Med čakanjem na večerjo je organizator razglasil rezultate – na veselje tistih, ki nam je uspelo, in malo manj tistih, ki jih čaka popravni del v prihodnjem letu.

Misel za zaključek? Morda tista od Nejca Zaplotnika: »*Ne igra se z življenjem, kdor živi sredi nevarnosti, ki jih pozna in je nanje pripravljeno.*«

Drugi mednarodni simpozij o neugodni podhladitvi

Iztok Tomazin

Srečanje okrog 50 zdravnikov iz Evrope, Azije in obeh Amerik, ki se srečujemo s podhladitvami kot urgentni zdravniki na terenu, specialisti v bolnišnicah ali raziskovalci, je potekalo 25. septembra 2009 v Zermattu v Švici. Glavni organizator simpozija in hkrati gonilna sila prizadevanj za vzpostavitev mednarodnega registra podhladitev je bil prof. Beat Walpoth, direktor raziskovalnega centra kardiovaskularne kirurgije v ženevski univerzitetni kliniki, ki sodi med vodilne svetovne strokovnjake za raziskovanje in zdravljenje podhladitev. Osnovni namen simpozija je bil izmenjava izkušenj, koordinacija raziskovalnega dela in prenos spoznanj v prakso, tako na terenu kot v bolnišnicah. Simpozij je bil organiziran ob jubileju – 10. obletnici preživetja doslej najgloblje neugodne podhladitve.

Neugodne podhladitve so še vedno slabo raziskane, smernice za zdravljenje pomanjkljive, še posebej malo je takih, ki temeljijo na dokazih.

Richalet iz Francije je v zanimivem predavanju poudaril, da je inducirana podhladitev obetavna terapevtska metoda pri možganski ishemiji različnih vzrokov. V primeru srčnega zastoja jo že uporabljamo tudi na terenu, pri ishemični možganski kapi pa še ne, vendar se glede na rezultate raziskav to lahko v kratkem spremeni.

Zloglasni »afterdrop« danes velja za mit. Če je šlo za počasno ohlajanje, in večina primerov podhladitev je takih, zaradi vazokonstrikcije ni nenadnega priliva mrzle krvi (afterdrop) iz periferije v jedro telesa, kar so nekdanje povezovali z nenadnimi smrtmi med gibanjem ali pretiranim premikanjem podhlajencev. Zato po novem gibanje podhlajenih, če to zmorejo, ni prepovedano. Kolega Teale iz škotske GRS je prikazal primer, ko je neugodno podhlajeni (III. stopnja, okoli 28 stopinj temperature jedra) moral nekaj časa hoditi sam, zaradi okoliščin med reševanjem. Drugače je s hudo podhlajenimi, pri katerih lahko z različnimi postopki in premikanjem povzročimo ventrikularno fibrilacijo (VF).

Razpravljali smo o pojavu, imenovanem »*perirescue collapse*«, ki se pogosto konča usodno. Gre za pojav, ko se med reševanjem in začetnimi terapevtskimi postopki stanje podhlajenca nenadoma bistveno poslabša in običajno umre v srčnem zastoju. Verjetni mehanizem je VF, ni pa še znano, ali na njen nastanek vplivajo metabolni, hidrostatski ali drugi vzroki.

Ellerton iz angleške gorske reševalne službe (GRS) je predstavil štiriurni zemeljski (let reševalnega helikopterja zaradi obupnega vremena ni bil možen) transport podhlajenca brez tipnih pulzov. Nastavil mu je iv. kanal, dobival je infuzijo in kisik,

možnosti monitoriranja delovanja srca v snežnem viharju niso imeli, prav tako ni bilo mogoče oživljanje med dolgotrajnim prenašanjem po zahtevnem terenu. Je pa preživel.

Poudarjeno je bilo, da atrijska fibrilacija, ki je pogosta pri podhladitvah pod 32 stopinjami temperature jedra, ni prognostični znak. Med ogrevanjem običajno izgine.

Razprava o temi, kaj in koliko »delati« pri globoko podhlajenih na terenu, je bila zanimiva, zaključki pa jedrati: čim manj premikanja pacienta, čim manj intervencij, ki niso življenjskega pomena (iv. kanal z infuzijo, intubacija je dostikrat že vprašljiva...). Treba pa je zagotoviti osnovni monitoring (stalno merjenje temperature jedra, EKG in oksimetrija). Stalno moramo biti pripravljeni na oživljanje, saj lahko kadarkoli pride do maligne aritmije, zlasti VF. Moto razprave je bil »manj je lahko več«.

O isti temi je predaval eden najbolj izkušenih zdravnikov švicarske GRS Durrer: »Dileme pri oskrbi podhlajencev na terenu«. Pravilo »nihče ni mrtev, dokler ni topel in mrtev«, velja z določenimi izjemami, npr. popolnoma zmrznjenimi podhlajenci. Mrliške lise pri podhlajenih niso merodajen znak smrti, saj gre lahko le za kožne spremembe zaradi pritiska. Enako velja za rigor: lahko je zmrznjen le del telesa, npr. ud, podhlajeni pa je še vedno živ. Temeljni izziv triaže pri več podhlajencih hkrati, npr. pri zasutih v plazju, je odkriti podhlajence IV. stopnje (navidezno mrtvi), ki imajo ob ustreznih postopkih možnosti preživetja. Ti postopki pa so predvsem srčno-pljučno oživljanje, nastavitev iv. kanala pri njih običajno ni smiselna, razen če nam to uspe zelo hitro brez dodatnega ohlajanja pacienta. Zdravila pri globokih podhladitvah namreč ne delujejo, v poštev pridejo šele v kasnejši fazi delnega ogretja. Pri dokazani VF so smiselne ena do tri defibrilacije z maksimalno močjo. Oživljanje pa naj bi na terenu začeli šele, ko ga bomo lahko kadarkoli nadaljevali brez zamude. Pri oskrbi podhlajencev III. stopnje (nezavestni s temperaturo jedra od 28 do 24 stopinj) je poudaril pomen stalne aplikacije kisika, kar med drugim zmanjša možnost nastanka VF in drugih aritmij. Pomembno je tudi zelo previdno ravnanje s podhlajencem, saj se ob grobih premikih in posegih bojimo predvsem nastanka VF. Če ima podhlajeni še prisotne zaščitne reflekse, naj bi intubirali le, če lahko hitro nastavimo iv. kanal. Pokazal je tudi nekaj primerov iz bogate prakse in zaključil z besedami: oskrba podhlajencev na terenu je umetnost možnega.

Couchy iz bolnišnice v Chamonixu je predstavil zanimiv in pretresljiv film o oživljanju alpinistke, ki je zdrsnila v strmih nah Mont Blanca. Posnel ga je urgentni zdravnik z na čelado pritrjeno kamero, ki je s helikopterjem v spremstvu gorskega vodnika reševalca priletel na mesto nesreče vsega 10 minut po nesreči. To je res izjemno kratek dostopni čas ekipe NMP, še

posebej ob dejstvu, da gre za visokogorsko okolje. V živo so bili prikazani vsi postopki oživljanja in druge oskrbe, od takojšnje masaže srca, intubacije, nastavitve iv. kanala, uporabe adrenalina, hipertonične raztopine itd., v precej neugodnem terenu med skalami. Epitimpanalno sta ji izmerila temperaturo 27,8 stopinj, vendar podatek ni zanesljiv, saj ni znano, ali je še imela ohranjen krvni obtok. Kljub hitremu prevozu s helikopterjem v bolnišnico je žal umrla. Nismo pa dobili podatka o obdukcijskem izvidu. V razpravi so bile izpostavljene motnje koagulacije in hemostaze, ki se začenjajo pojavljati pod 34 stopinjami temperature jedra, kar pri poškodovanih podhlajencih lahko hitro povzroči začarani krog: krvavitve - hipovolemija - dodatno ohlajanje. Poudarjeno je tudi bilo, da je vsak nezavesten pacient v mrzlem, zlasti gorskem okolju podhlajen, dokler ni dokazano drugače.

Ledoux iz GRS Francije je predstavil načine merjenja temperature jedra telesa na terenu. Klinične raziskave so pokazale, da sta epitimpanalni in ezofagealni način enakovredna. Pomembno pa je vedeti, da je epitimpanalno merjenje enakovredno ezofagealnemu le pri podhlajencih, ki še dihaajo, pri tistih, ki ne dihaajo več, je bistveno zanesljivejše ezofagealno.

Poseben dogodek v okviru simpozija je bilo plenarno predavanje ob 10. obletnici preživetja pri doslej najnižji izmerjeni temperaturi telesnega jedra – 13,7 stopinj. Primer so predstavili kar vsi ključni udeleženci iz Norveške, ki so bili povabljeni kot posebni gostje simpozija: ponesrečenka Ana, danes zdravnica, ki so ji po padcu v ledeniško razpoko med smučanjem to temperaturo izmerili, njen takratni in sedanj partner, tudi zdravnik, ki je iz razpoke sam ni mogel izvleči, jo je pa kasneje, ko je to uspelo reševalcem, pomagal oživljati, ter anesteziolog iz bolnišnice Tromso, kamor so Ano v srčnem zastoju, ki je trajal več kot eno uro, prepeljali s helikopterjem. Po dolgotrajnem oživljanju in ogrevanju (tudi s srčno-pljučnim obvodom) so vzpostavili osnovne življenjske funkcije, kljub številnim zapletom (ARDS, MOF itd.) pa je po več operacijah in dolgotrajni intenzivni negi preživela. Danes je skoraj brez posledic, še najbolj jo moti periferna nevropatija. Predstavitev dogajanja je bila impresivna, od lokacije in mehanizma nesreče, do zahtevnega izkopavanja, reševanja, oživljanja in kasnejše oskrbe v bolnišnici. Uspešen primer je vplival na poglobljeno nadaljnjo obravnavo hudih podhladitev na Norveškem – s pomočjo srčno-pljučnih obvodov in drugih postopkov so uspeli rešiti še nekaj življenj globoko podhlajenih, nikoli kasneje pa nikjer na svetu (doslej) niso oživili nekoga s tako nizko temperaturo jedra zaradi nezgodne podhladitve. Nekaj drugega so seveda kontrolirane podhladitve zaradi različnih operativnih posegov.

V hospitalnem delu simpozija so najprej predstavili neinvazivne načine ogrevanja podhlajencev. V nizozemski raziskavi so našli kar 14 različnih načinov ogrevanja v različnih bolnišnicah. Izpostavili so številne zaplete med ogrevanjem in pomanjkanje enotnih smernic za bolnišnično obravnavo podhlajencev. Naslednje predavanje je bilo posvečeno ogrevanju najglobljih podhlajencev s srčno-pljučnim obvodom. Ta zahtevni postopek,

ki marsikje ni izvedljiv, še vedno velja za zlati standard. Poudarili so pomen uporabe zadostne količine heparina.

Zadnji del simpozija je bil posvečen nastajajočemu *mednarodnemu registru nezgodnih podhladitev* in raziskovanju na tem področju. Ciljna skupina sodelujočih v registru so bolnišnice, ki obravnavajo podhladitve. Poudarek je na primerih pod 32 stopinj temperature jedra in na tistih s srčnim zastojem. Cilj registra je izmenjava izkušenj, kliničnih in raziskovalnih spoznanj, ki bi izboljšala znanje o podhladitvah in predvsem oskrbo podhlajencev.

Primeri podhladitev tudi v Sloveniji niso redki, mnoge blažje podhladitve pa so spregledane, ker ni izrazitih simptomov in se ob prihodu v toplejše okolje spontano popravijo. V gorah jih je sorazmerno malo, mnogo več jih je v urbanih okoljih. Najpogosteje gre za vinjene osebe, ki omagajo preden dosežejo toplo zavetje, pa za starostnike, ki že v osnovi slabše prenašajo nižje temperature okolja, iz socialnih razlogov pa pogosto živijo v slabo ogrevanih stanovanjih. Zelo hitro se ohlajajo tudi hudi poškodovanci, tudi v toplem delu leta.

Zanimivo bi bilo vedeti, kako sta slovenska klinična centra pripravljena na takojšnjo obravnavo hudih nezgodnih podhladitev, vključno z možnostjo hitre uporabe srčno-žilnega obvoda. Vsekakor pa bilo koristno, če bi se naše bolnišnice vključile v *mednarodni register nezgodnih podhladitev*, ki predstavlja velik strokovno-raziskovalni potencial na tem področju.

E-naslov pobudnika registra je: beat.walpoth@hcuge.ch Register bo v kratkem imel svojo spletno stran. Več o simpoziju bo na spletnem naslovu: www.hypothermia2009.unige.ch

Udeležbo na simpoziju mi je omogočila Gorska reševalna zveza Slovenije.

Diagnostika in oskrba podhlajenih, še posebej če so hkrati tudi poškodovani, je na terenu zelo zahtevna. (Foto: arhiv Iztoka Tomazina)



Psihološke ovire pri zdravljenju diabetesa

Darja Lovšin

Diabetes tipa 2 je bil kot bolezen življenjskega stila pri nas in po svetu s strani zdravstvenih oblasti dolga leta zapostavljen, kar se kaže v trendu izrazitega naraščanja števila bolnikov, ki je po podatkih Mednarodnega združenja za diabetes (IDF) doseglo v svetovnem merilu epidemičnih 246 milijonov bolnikov, medtem ko je v Sloveniji po podatkih, objavljenih na lanskoletni nacionalni konferenci o diabetesu, 125.000 ugotovljenih primerov te bolezni.

Ob tem, ko je razglašena svetovna epidemija diabetesa (OZN, 2006), je že nekaj časa znano, da v najbolj razvitih zdravstvenih sistemih komaj slaba tretjina bolnikov z diabetesom dosega dobro glikemično kontrolo. Po drugi strani pa večina zdravnikov meni, da so psihološki problemi pomemben razlog za slabo sodelovanje pacientov v zdravljenju. Zato je Zavod za izobraževanje o diabetesu v sodelovanju s strokovnjaki Kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni Kliničnega centra v Ljubljani, Pediatrične klinike UKC, Psihiatrične klinike Ljubljana in Univerzitetne bolnišnice Vuk Vrhovec iz Zagreba 1. oktobra 2009 v Ljubljani organiziral simpozij o psiholoških ovirah pri zdravljenju diabetesa. V vabilo so zapisali, da je simpozij namenjen vsem, ki se ukvarjajo z diabetesom in želijo izboljšati rezultate zdravljenja. Simpozij je vodila svetnica diabetologinja prim. doc. dr. Maja Ravnik Oblak s kliničnega oddelka za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni UKC.

Najprej je udeležence nagovorila **Darja Lovšin**, direktorica Zavoda za izobraževanje o diabetesu in urednica revije o diabetesu Dita ter v predavanju »Problem zdravljenja diabetesa na pragu 21. stoletja ali kaj lahko znanost še stori za bolnika z diabetesom?« soočila ugotovitve dveh velikih mednarodnih študij o diabetesu. Prva, imenovana CODE – 2 (The Cost of Diabetes in Europe – Type 2 study) je že v začetku tega tisočletja pokazala, da samo 31 odstotkov diabetikov v Evropi dosega dobro glikemično kontrolo, kar pomeni, da učinkovito zdravljenje diabetesa tipa 2 v razvitem svetu ni pomembno odvisno od razpoložljivosti zdravil in pripomočkov ter razvitosti zdravstvenega sistema. Notranje rezerve v zdravljenju diabetesa je objektivizirala in dokumentirala leta 2000 v trinajstih državah sveta začeta mednarodna študija, imenovana DAWN (Diabetes Attitudes, Wishes and Needs; stališča, želje in potrebe pri diabetesu), ki je vrata zdravljenja diabetesa na široko odprla psihosocialnemu vidiku. Z intervjuvanjem 5426 diabetikov ter skoraj 4000 zdravnikov in medicinskih sester so v študiji položili temelje razumevanju človeka, ki se skriva za boleznijo, in osupnili vse

vpletene s podatkom, da so za slabo zdravljenje diabetesa odgovorni tudi zdravstveni delavci.

Doc. dr. Maja Ravnik Oblak, ki aktivno sodeluje v organizacijah PSAD (PsychoSocial Aspects of Diabetes) in EDID (Research Consortium – European Depression in Diabetes) je v predavanju »Pot do boljše urejenosti sladkorne bolezni – večje psihološko breme za bolnika« predstavila sladkorno bolezen kot eno najstarejših diagnosticiranih bolezni, ki sodi med najbolj nepredvidljive, pogoste in psihično obremenjujoče kronične bolezni. Opozorila je, da se ob pojavu kroničnih zapletov, ki so prelomnica v poteku diabetesa, pogosto spremeni bolnikov odnos do bolezni: zaradi obupa, da nivo glikemije ni več pomemben, lahko opustijo samokontrolo; nekateri začnejo zelo skrbno urejati svojo bolezen; ob previsokih vrednostih glikemije lahko iz strahu pred nadaljnjim poslabšanjem zapletov postanejo obsedeni z boleznijo itd. Pri intenziviranju terapije, ko je treba uvesti inzulinsko zdravljenje, so negativne predstave in predsodki velika ovira. Iz študije DAWN, ki je pred desetletjem v zdravljenje diabetesa pripeljala psihosocialni vidik, izhaja, da kar 55 odstotkov bolnikov s sladkorno boleznijo tipa 2, ki še niso zdravljeni z inzulinom, meni, da bi prehod na inzulinsko zdravljenje pomenil, da so odpovedali pri samovodenju bolezni. Zgodnje zdravljenje sladkorne bolezni tipa 2 pri nedoseganju ciljev je inzulin, pri čemer ni zgornje meje odmerka in kontraindikacij. Vendar za razliko od diabetesa tipa 1, tesna kontrola pri tipu 2 ni najboljša izbira, saj lahko preveč obremenjuje bolnike, bodisi z »zapletenim« načinom zdravljenja, hipoglikemijami ali porastom telesne teže. Zaradi psihosocialne komponente diabetesa, kot pomembnega dejavnika za ugoden izid, mora biti delo s sladkornimi bolniki timsko, pri čemer je pomembna tudi vloga psihologa oziroma psihiatra. Intenziviranje terapije mora biti premišljeno, upoštevati je treba, da je prehod na inzulin najbolj psihično obremenjujoč (za bolnika in terapevte).

Psihologinja dr. **Mirjam Pibernik Okanović** iz zagrebške univerzitetne klinike Vuk Vrhovec, klinični oddelek za bolezni metabolizma in diabetes, uživa v Evropi in tudi širše velik ugled zaradi svojega poglobljenega pristopa k psihološkim oviram pri zdravljenju diabetesa. Udeležencem simpozija je v predavanju »Psihološke ovire pri učinkovitem zdravljenju diabetesa med zdravstvenimi delavci in bolniki« predstavila komunikacijske strategije in postopke, s katerimi spodbudimo pacientovo zavedanje osebnih težav in razvijamo odnos med zdravnikom in bolnikom. Pripravljenost bolnikov, da sprejmejo priporočene postopke zdravljenja, je že dolgo v žarišču interesa raziskovalcev



Doc. dr. Maja Ravnik Oblak je vodila simpozij o psiholoških ovirah pri zdravljenju diabetesa.

in klinikov. Vendar raziskave kažejo, da zdravstvenega vedenja bolnikov z diabetesom ne moremo pojasnjevati z enostavnim modelom pristajanja na zdravniška priporočila. Na splošno je sprejemanje zdravniških priporočil slabo, pri čemer se bolniki še najbolj držijo navodil o zdravljenju (95 odstotkov), malo manj o samokontroli (69 odstotkov), o prehrani (59 odstotkov), o skrbi za stopala (47 odstotkov) in najmanj o telesni vadbi (34 odstotkov).

Opomnik za vsakodnevno klinično prakso pri delu z diabetičnimi bolniki se začne s tem, da je samokontrola diabetesa večdimenzionalen problem, pri katerem igrajo psihosocialni dejavniki ključno vlogo. Bolnikov ne moremo prisiliti, da bi se zdravili, lahko pa razvijemo njihovo samoučinkovitost z uporabo psihosocialnih modelov/teorij.

Psihologinja **Simona Primožič** iz enote za klinično psihologijo Pediatrične klinike Ljubljana je prvič javno predstavila izsledke raziskave, ki jo je v letih 2007 in 2008 opravila med naključno izbranimi bolniki v diabetoloških ambulantah. Namen raziskave je bil preučiti obremenjenost s sladkorno boleznijo, oceniti prevalenco depresije in drugih duševnih motenj ter presečno povezanost med omenjenimi spremenljivkami pri bolnikih s sladkorno boleznijo tipa 2. Raziskava je pokazala, da je pri bolnikih z diabetesom tipa 2 več depresije in simptomov ostalih duševnih motenj, kot jih predvidoma lahko zasledimo med ostalim prebivalstvom. Žal je v klinični obravnavi ljudi z diabetesom problematika duševnih motenj pogosto prezrta, kar lahko bistveno vpliva na učinkovitost zdravljenja. Poglobljena raziskava, v kateri so udeleženci izpolnjevali kar štiri vprašalnike (Hamiltonov vprašalnik depresivnosti/HDI, vprašalnik mere obremenjenosti s sladkorno boleznijo, vprašalnik

problemških področij pri sladkorni bolezni/PAID in vprašalnik duševnih motenj/SCL-90-R), je zajela 164 bolnikov z diabetesom tipa 2. Depresije in duševne motnje se niso izkazale za pomembne pri urejenosti sladkorne bolezni, kot statistično relevantna pa se je pokazala povezava med obremenjenostjo z diabetesom in njegovo urejenostjo.

Vsebinska novost, ki v obravnavanje diabetesa intenzivneje vnaša interdisciplinarno komponento, je bilo predavanje psihiatra in psihoterapevta prim. **Gořazd V. Mrevljeta**, dr. med., s Psihiatrične klinike, ki je v predavanju »Samopodoba bolnika z diabetesom; problem odgovornosti in neodvisnosti« uvodoma obširneje pojasnil razliko med pojmi jaz, identiteta in samopodoba, nato pa je predstavil možne vedenjske odgovore bolnikov z diabetesom tipa 1, kjer se samopodoba še razvija, in odgovore pri bolnikih tipa 2, kjer je samopodoba že strukturirana. Močno je poudaril, da je dejstvo, kako sprejeti in živeti s kronično boleznijo, stvar čustvenega procesa in neupoštevanje tega s strani zdravstvenih delavcev lahko ob današnjem poznavanju psihologije bolnika pomeni celo strokovno napako.

Kakšen naj bo pravilen pristop k posameznim bolnikom? Ugotoviti je treba, kakšen je tip osebnosti, s katerim imamo opraviti, in na tem graditi. Alain Golay, profesor endokrinologije in diabetologije na Univerzitetni kliniki v Ženevi, je razvil več izobraževalnih pristopov k bolniku, ki jih uporabljajo tudi na Kliničnem oddelku za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni in jih je na simpoziju predstavila profesorica zdravstvene vzgoje **Melita Cajhen** v predavanju »Izobraževanje bolnikov z diabetesom glede na posamezne značajske tipe«. Na podlagi ugotovljenega tipa osebnosti lažje motiviramo bolnika in pristopimo k izobraževanju, ki bo različno pri delu z voditeljem, izvajalcem, svojeglavcem oziroma analitikom. Vsak tip osebnosti ima drugačne prehranjevalne in druge življenjske navade, kar je pomembno vedeti, saj jih je potrebno pri diabetesu prilagoditi zdravim življenjskim normam. Sprejemanje kronične bolezni je čustveni proces, ki zahteva svoj čas in ne bi smel biti prepuščen samo bolniku, ki potrebuje strokovno pomoč in podporo.

Sklepna ugotovitev simpozija je bila, da kontinuirana psihosocialna podpora in podpiranje individualnih zmožnosti bolnikov omogočajo boljše rezultate zdravljenja, pri čemer intenziviranje terapije ne more biti prepuščeno osebni iznajdljivosti posameznega zdravnika, temveč je potrebno pri obravnavi bolnika z diabetesom tipa 2 po metodi interdisciplinarnosti poskati vse možnosti in jih kot strokovno doktrino protokolarizirati pri uvajanju intenzivirane terapije.

Stremljenja in dosežki v stomatologiji

Željko B. Jakelič

Stomatološka sekcija Slovenskega zdravniškega društva je v sodelovanju s Stomatološko fakulteto iz Beograda, MF Univerze v Ljubljani, Oddelkom za dentalno medicino, in z razvojno skupino Zlatarne Celje, d.d., v Kongresnem centru Olimia, Podčetrtek, 23. in 24. oktobra organizirala 3. mednarodno srečanje zobozdravnikov z naslovom »Stremljenja in dosežki v stomatologiji«.

Zaradi številnih zapletov je letošnje srečanje potekalo v petek dopoldan ter soboto ves dan. Kljub takemu razporedu se je srečanja udeležilo veliko udeležencev. Zakaj? Verjetno so jih pritegnili številni zanimivi prispevki ter mednarodna udeležba. Po registraciji udeležencev in odprtju komercialne razstave proizvajalcev v predverju kongresnega centra sta strokovno srečanje odprla izvršni sekretar Stomatološke sekcije SZD in predsednik organizacijskega odbora Aleksander Velkov, dr. dent. med., in Gorazd Sajko, dr. dent. med., v. d. predsednika Stomatološke sekcije. Žalostno je, da se letošnjega strokovnega srečanja ni udeležil minister za zdravje Borut Miklavčič. Kot ponavadi, je bil zelo, zelo, zelo zaposlen. Ali je bil res? Zanimivo je tudi dejstvo, da kljub številnim in vztrajnim vabilom povabljeni, kot ponavadi, niso utegnili razložiti številnih zapletov v zobozdravstvu. Kako in zakaj? Odgovora prisotni nismo dobili. Žal, takih eskapad smo že navajeni!

Zanimivost letošnjega strokovnega srečanja je bila tudi, da so organizatorji srečanja predavanja razdelili po strokovnih področjih: prvi dan so bili na programu prispevki iz otroškega in preventivnega zobozdravstva, drugi dan pa je bil namenjen restavrativni stomatologiji in kirurškim disciplinam v stomatologiji.

Prva predavateljica letošnjega srečanja je bila dr. B. Artnik, dr. dent. med., s katedre za javno zdravje MF v Ljubljani. V prispevku »Socialnomedicinski pogledi mladinskega zobozdravstva v Sloveniji« je poslušalce seznanila z oceno obstoječih epidemioloških podatkov v Sloveniji iz 80. in 90. let, ko je bil organiziran sistem zobozdravstvenega varstva otrok in mladostnikov s poudarkom na preventivni dejavnosti. Žal je danes, po osamosvojitvi Slovenije, opaziti stagnacijo kazalcev zdravja otrok in mladostnikov. Zakaj je tako? Vprašanje je postavljeno, odgovor je jasen. *Ipsum factum!* Ni zanesljivih podatkov o gibanju kazalcev ustnega zdravja v odsotnosti določenih merljivih ciljev oralnega zdravja ter v neustreznem socialnomedicinskem upravljanju javne zobozdravstvene dejavnosti na področju zdravstvenega varstva otrok in mladostnikov. Kam pa to pelje?

Zaradi odsotnosti prof. I. Aniča je prispevek »*Diagnostični testovi i preventivni postopki u sprječavanju nastanka kariesa*«

predstavila prof. I. Miletić iz Zagreba. V prispevku je zajela diagnostične teste (pH sline, starost dentobakterijskega plaka, pufersko sposobnost sline), ki nam danes dajejo podatke o nevarnosti nastanka kariesa, ter klinične primere, način in pomen uporabe steklastih ionomerov in kompozitov v preventivi nastanka primarnega in sekundarnega kariesa. Nadaljevala je tudi s prispevkom »Minimalna invazivna stomatologija«, v katerem je razložila pomen dekontaminacije, oralne higijene, biološke preventive in pomen bioaktivnih materialov, minimalnih invazivnih metod v stomatologiji in rednih kontrol pri sanaciji kariesa.

Strokovno srečanje se je nadaljevalo s prispevkom prof. B. Glišiča in dr. N. Nedeljkovića. V prispevku z naslovom »Ortodontija včeraj, danes in jutri« sta orisala zgodovino ortodontije in najpomembnejše avtorje, metode in diagnostike, ki so zaznamovale razvoj ortodontije skozi čas. Prvi dan srečanja je končal F. Rojko, inž. zobne prot., dipl. ekon. V prispevku »Kompetence izvajalcev laboratorijske protetike« je predstavil pomen izvajalca zoboprotetičnih nadomestkov in obseg ter pomen njegove dejavnosti v tinskem delu. Ozrl se je tudi na pomen izobraževalnega sistema ter osnutek visoke šole za zobotehnike z dne 9. januarja 2009.

Po prispevku se je G. Sajko, dr. dent. med., ozrl na številne zobozdravstvene organizacije, njihov vpliv ter možnosti pri reševanju nakopičenih problemov v zobozdravstvu. Ugotovil je povezanost stroke, Ministrstva za zdravje ter ZZZS. Zaključil je: lahko je komentirati in ugotavljati, težje pa priti do denarja, pri katerem se vse začne in – žal – tudi konča. Sklepne misli – sic!!!

Po koncu strokovnega dela smo si ogledali številne posterje, ki so jih spremljale razlage avtorjev. Sledila je skupna večerja in zanimiv program. Pri večerji se je med udeleženci razvila zelo zanimiva debata okrog, no, že veste... Kako naporna je bila noč, se je videlo na začetku jutranjih predavanj, ko je bilo v predavalnici kar nekaj utrujenih obrazov. A to ni zmotilo organizatorjev, ki so kljub temu nadaljevali z natrpanim programom.

Prvi predavatelj sobotnega dne je bil asist. B. Pohlen z MF v Ljubljani. V prispevku »Poznavanje parametrov barvnega prostora za večjo natančnost pri izboru barve zoba« je na zanimiv način orisal pomen barvnega prostora in načina določitve barve zoba. Poudaril je pomembne dejavnike izbire in pomanjkljivosti izbire, tako vizualno, z barvnimi ključi ali/in s pomočjo inštrumentov (spektrofotometer), ki so danes tudi na razpolago. T. Zupančič Hartner in prof. dr. I. Anžel, gostujoča predavateljica s Fakultete za strojništvo, Inštituta za tehnologijo materialov v Mariboru, in Zlatarne Celje, d.d., sta v prispevku »Keramika

kot konstrukcijski material v stomatologiji« udeležence srečanja seznanila s keramiko (gr. *kéramos* – žgan) kot danes izredno pomembnim konstrukcijskim materialom v stomatologiji. Predstavila sta lastnosti, sestavo in razdelitev materialov. Posebno pozornost sta namenila načrtovanju zobnih konstrukcij iz keramike ter tehnologiji obdelave. Izr. prof. dr. I. Drstvenšek s Fakultete za strojništvo iz Maribora je s prispevkom, ki se je navezoval na prejšnjega, »Smernice v tehnološkem razvoju izdelave protetičnih konstrukcij«, želel predstaviti uporabnost tehnologije preoblikovanja in odvzemanja materiala v medicini, ki naj bi bila v medicini orodje in ne dodatno breme. Ugotovil je, da izobraževalni programi žal temu ne sledijo dovolj hitro in da najpomembnejšo vlogo pri tem razvoju predstavlja razvoj sodobnih materialov in možnosti obvladovanja njihovih lastnosti.

Prof. dr. Z. R. Vuličević, dr. G. Krstanović in asist. dr. I. Radović s Stomatološke fakultete v Beogradu so v prispevku »*Kompoziti i dileme u svakodnevnoj stomatološkoj praksi*« predstavili številna teoretična in praktična vprašanja, ki se pogosto pojavljajo pri vsakodnevnom delu s kompozitnimi materiali. Med njimi so tudi vprašanja kdaj, kako in zakaj? Na zastavljena vprašanja je izredno težko najti pravi odgovor. Prof. D. Stamenković, dekan Stomatološke fakultete v Beogradu, je v nadaljevanju na podlagi lastnih raziskav in izkušenj poslušalcem teoretično razložil in slikovno predstavil možnosti povezave med fiksnim in mobilnim delom zahtevne delne proteze. Sklop predavanj je zaključila T. Zupančič Hartner s prispevkom »*Za promocijo zdravja v letu 2009*«. Predstavila je namen letošnjega projekta na temo »Zakaj potrebujemo mostiček?« in »Zobne zalivke«.

Po nekajminutnem oddihu je sledil prispevek prof. dr. C. Schramma »*3D navigation – how does it work?*«, v katerem je predstavil pomen in način 3D-navigacije v postopku načrtovanja in stimulacije vsaditve dentalnih vsadkov. V nadaljevanju srečanja, namenjenem implantologiji, sta prof. dr. A. Marković in prof. dr. A. Todorović iz Beograda predstavila prispevek »*Novi koncepti ugradnje i opterećenja implantata*«. V prispevku sta predstavila protokole takojšnje obremenitve in težave pri vsadkih v zgornji čeljustnici. Dobra osteointegracija je odvisna od kakovosti kosti, primarne stabilnosti vsadka in možnosti okluzalne obremenitve. Rezultate lastnih raziskav sta v nadaljevanju tudi nazorno prikazala.

Težave v implantološki oskrbi, ki se največkrat pojavljajo pri popolnoma brezzobi zgornji čeljusti, in načine njihovega odpravljanja je v nadaljevanju predstavila doc. dr. N. Ihan Hren s katedre in kliničnega oddelka za maksilofacialno in oralno kirurgijo v Ljubljani. Sledil je prispevek prof. dr. B. Pavelića iz Zagreba »*Mogućnosti primejen ozona u stomatologiji što bi svaki stomatolog praktičar trebao znati*«, v katerem je teoretično in praktično predstavil način delovanja ozona ter možnosti zdravljenja. Strokovno srečanje je zaključil prof. dr. B. Dimitrijević iz Beograda s prispevkom »*Predprotetska priprema parodonticijuma – mogućnosti i princip protetske rehabilitacije obolelih od parodontopatije*«.

Sklepne misli

Najpogostejši vprašanja, ki se zastavita po seminarjih, sta, ali so predavanja izpolnila pričakovanja udeležencev in ali so se udeleženci naučili česa novega oziroma obnovili znanje? Letošnje strokovno srečanje je organizator, kljub nekaterim začetnim zapletom, profesionalno pripeljal do konca. Z mednarodno udeležbo in kakovostnimi prispevki je uspel privabiti izredno veliko udeležencev.

Kaj naj rečem o razmišljanju udeležencev? S strahom in negotovostjo sem poslušal odmeve na ukrepe vlade, ne samo koncesionarjev, temveč tudi zaposlenih v javnih zdravstvenih domovih. Vprašanje obstoja oz. nadaljevanja dela, ki je bilo zastavljeno že v začetku 90. let, ostaja odprto. To se najbolj občuti pri nakupu sodobnih aparatov in materialov, pri čakalnih vrstah, ki se bodo še naprej podaljševale, v negotovosti in strahu bolnikov pri uvedbi novih pogojev zdravljenja, pri stabilnosti ekonomske politike in drugod. Kaj bo, ko bo zmanjkalo denarja za osnovne obratovalne stroške? Kako se bomo obnašali do bolnikov, ki so navajeni na številne pravice, na dostopnost do zdravstvenih storitev, brez čakalnih dob? *Dějà vu?* Ali se vračamo nazaj? *Ab ovo!* Kdo bo odgovoren in kdo bo nosil posledice takega ravnanja? *Deus ex machina?* Kaj? Ali se bomo vrnili in kako nazaj na stare tirnice, na katerih smo nekoč že bili? Na ta in na številna zastavljena vprašanja nismo našli primernih odgovorov. Morebiti bomo dobili odgovore? Kdaj? Ko bo zdravstveni sistem zaradi zgrešenih investicij, idej in ukrepov že propadel? Ja, žalostno!! Za zdravstvene delavce ostane še vedno: **upanje umre na koncu!**

Zdravila in kriza

Aktualna gospodarska recesija in z njo povezana finančna kriza nimata le neugodnih, negativnih učinkov, marveč tudi spodbudne, pozitivne. Strokovnjaki napovedujejo, da bodo zaradi pomanjkanja denarja mnogi prisiljeni nehati kaditi, piti alkohol, pretiravati s hrano ipd. Prav tako pa bo kriza lahko pristrigla peruti pretiranemu uživanju zdravil in različnih dodatkov ter posledični medikalizaciji zdravja. Izsledki najnovejših raziskav na novi celine pričajo, da ljudje dragih zdravil ne nakupujejo več na zalogo, marveč predvsem sproti. Prav tako se pred terapijo pogosteje kot prej posvetujejo s farmacevtom (njegov nasvet je brezplačen, medtem ko morajo zdravnikovega plačati). V najnovejši raziskavi je kar 29 odstotkov sodelujočih priznalo, da si niso priskrbeli zdravil, ki jim jih je predpisal zdravnik; pri farmakoterapiji varčuje še nadaljnjih 23 odstotkov, ki so se odločili, da bodo uživali manjše odmerke od priporočenih, ne da bi se o tem posvetovali s strokovnjakom. Zdravniki bi morali bolnike opozoriti, da pretirano varčevanje z zdravili lahko sicer koristi denarnici, ogroža pa njihovo zdravje.

Vir: HealthToday

Nina Mazi

Izjava praške delavnice o beljenju zob

Gordan Čok

Na povabilo češke zobozdravniške zbornice sem se 23. oktobra 2009 kot predstavnik slovenske zdravniške zbornice in član sveta evropskih zobozdravnikov v Pragi udeležil delavnice »Beljenje zob izključno v zobozdravstvenih ordinacijah – da ali ne?«. Delavnica je bila organizirana v okviru mednarodnega kongresa »Prague Dental Days«. Na sestanku smo sodelovali predstavniki zbornic iz Avstrije, Belgije, Češke, Estonije, Nemčije, Poljske, Slovaške in Slovenije. Vabilu se je odzvala tudi dr. Dagmar Jirova iz češkega inštituta za javno zdravje, ki je tudi predsednica Evropske komisije za varnost kozmetičnih proizvodov.

Pozdravnemu nagovoru dr. Pavla Chrza, novoizvoljenega predsednika češke zobozdravniške zbornice, ki je po 18 letih vodenja nasledil dr. Jirija Pekareka, je sledila predstavitev stanja v posameznih državah. V nekaterih od teh, tako kot pri nas, se beljenje zob izvaja tudi izven zobnih ambulant, in sicer v kozmetičnih in frizerskih salonih ter pri samostojno delujočih higienikih, ki lahko zaradi ohlapne zakonodaje delajo tudi izven okvira zobozdravniškega tima. Po razpravi smo sprejeli naslednjo **izjavo**:

– da je beljenje zob z vodikovim peroksidom ali karbamid peroksidom kemični proces, ki spremeni strukturo zobnih tkiv, predvsem z molekularno degradacijo sklenine in dentina;

– da se spremembe v strukturi tkiv v človeškem telesu zaradi zunanjega postopka, izpeljanega bodisi s kemičnimi snovmi, mehansko ali drugače, štejejo za zdravljenje;

– da beljenje zob, ne glede na razlog, zaradi zgoraj navedenih razlogov predstavlja zdravljenje ter da ga tako kot katero koli drugo obliko zdravljenja izvajajo izključno zobozdravniki ali zobozdravstveni

asistenti pod neposrednim nadzorom zobozdravnika v državah, kjer država zakonodaja dopušča delegiranje zdravljenja;

– da proizvodi, v katerih je koncentracija vodikovega peroksida nižja od ali enaka 0,1 odstotka, ne povzročajo zgoraj navedenih sprememb v strukturi zobnih tkiv ter se torej lahko, kot kozmetični proizvodi, prosto distribuirajo in uporabljajo brez omejitev;

– da proizvodi, v katerih koncentracija vodikovega peroksida presega 0,1 odstotka, lahko povzročijo spremembe v strukturi zobnih tkiv ter da jih torej lahko uporabljajo izključno zobozdravniki ali zobozdravstveni asistenti pod neposrednim nadzorom zobozdravnika v državah, kjer država zakonodaja dopušča delegiranje zdravljenja;

– da morajo biti proizvodi za beljenje zob, v katerih koncentracija vodikovega ali karbamid peroksida presega 0,1 odstotka, obravnavani kot medicinski in ne kot kozmetični proizvodi; njihova distribucija in prodaja morata biti nadzorovani in urejeni na enak način kot za ostale medicinske proizvode.

V prizadevanju za zaščito zdravja svojih pacientov so udeleženci praške delavnice izrazili mnenje, da morajo biti podana načela za varno uporabo proizvodov z vsebnostjo vodikovega peroksida sprejeta v celotni Evropski uniji ter da morajo biti vpeta v zakonodajo Evropske unije kot osnovni pogoj za zaščito oralnega in celovitega zdravja evropskih državljanov. Udeleženci zato pozivajo evropske strokovne in politične organe, da priznajo to praško iniciativo za vzpostavitev ustreznih zakonodajnih standardov.

To izjavo so podpisali predstavniki vseh sodelujočih držav. Deklaracija je bila posredovana Svetu evropskih zobozdravnikov – CED, ki jo je obravnaval in potrdil na svoji seji 20. novembra v Bruslju.

Stop za bolnišnične okužbe

Podatki novejših zdravstvenih statistike pričajo, da v ZDA vsako leto beležijo več kot dva milijona primerov bolnišničnih okužb, za katere je značilna dokaj visoka smrtnost. Velik delež tovrstnih infekcij se prenaša z rokami in je neposredno povezan s pomanjkljivo, neustrezno higieno. Znanstveniki, ki so se v zadnjem desetletju poglobljeno ukvarjali z bolnišničnimi okužbami, ugotavljajo, da bi bilo številne tovrstne infekcije mogoče učinkovito preprečiti oziroma ublažiti s pomočjo zelo izpopolnjene naprave, t.i. detektorja, ki bi zaznaval in beležil umivanje rok.

Moderna tehnologija bi v tem primeru lahko priskočila na pomoč preventivni medicini in znatno zmanjšala davek (krvni, materialni), ki ga danes terjajo bolnišnične okužbe.

Strokovnjaki s floridske univerze so že razvili specializirano aparaturo, ki preverja, ali so si zdravstveni delavci umili roke v skladu s predpisanim higienskim protokolom, preden so stopili

v stik z bolnikom oziroma uporabnikom zdravstvenih storitev. V nasprotnem primeru jih bo senzorski detektor z vibracijami, zvočnimi in svetlobnimi signali opozoril, kaj morajo storiti. Strokovnjaki so prepričani, da bi bilo mogoče s pomočjo opisane naprave učinkovito zmanjšati delež nevarnih bolnišničnih okužb (vključno z MRSA).

Kljub poudarjanju pomena in vloge higiene, pa je umivanje rok v številnih medicinskih ustanovah še vedno zanemarjeno. Podatki najnovejših raziskav pričajo, da stopnja umivanja rok v najboljših ameriških bolnišnicah znaša le okrog 50 odstotkov. Rezultat, ki odraža zaskrbljujoče dejstvo, da si kar polovica osebja ne umiva rok v skladu s higienskimi predpisi in strokovnimi priporočili. Strokovnjaki so prepričani, da je stanje, podobno tistemu v ZDA, mogoče najti v glavnini držav razvitega zahodnega sveta.

Vir: ContemporaryHealth

Nina Mazi

Otokirurgija na letnem srečanju nevroloških kirurgov ZDA – kultura odličnosti

Saba Battelino

Kongres – letno srečanje združenja nevroloških kirurgov ZDA (CNS), ki združuje 3134 aktivnih nevrokirurgov iz ZDA, 1300 specializantov, 950 seniorjev in skoraj 100 nevrokirurgov iz vsega sveta, je od 24. do 29. oktobra 2009 potekalo v New Orleansu, zvezni državi Louisiana. Naslov srečanja je bil **Kultura odličnosti**, saj je bilo srečanje posvečeno definiciji, doseganju in merjenju odličnosti v nevrokirurgiji. Kot vsa leta, je bilo tudi to srečanje široko odprto povezovanju z drugimi mednarodnimi združenji nevrokirurgov.

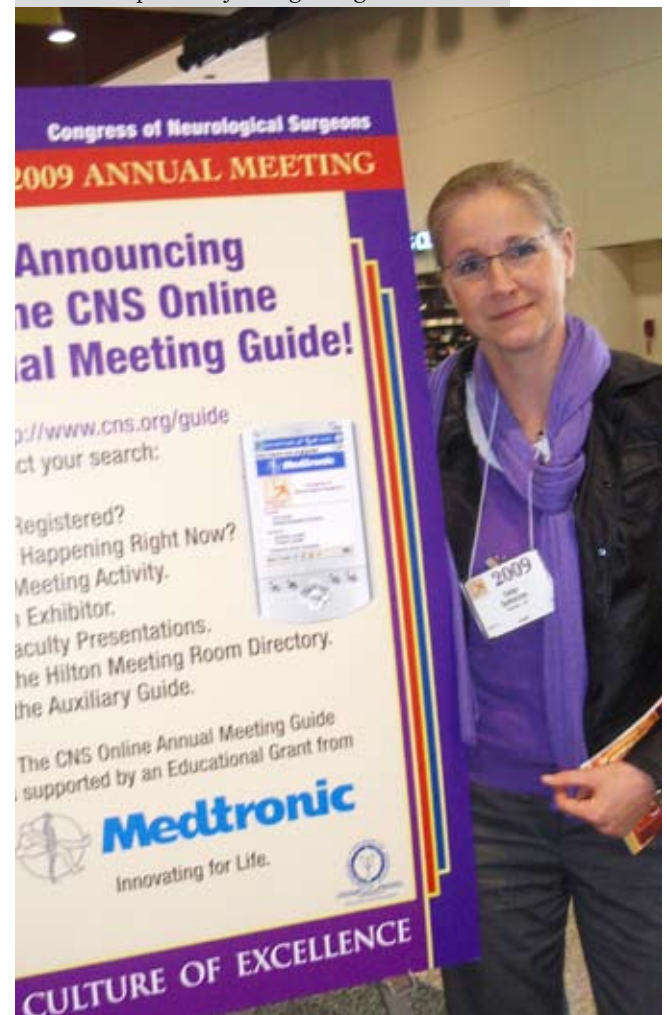
Tokratno srečanje je bilo pripravljeno v sodelovanju z Združenjem nevrokirurgov Indije in Združenjem nevrokirurgov Kanade. Srečanje se je odvijalo v veličastnem kongresnem centru, šestem največjem v ZDA, Ernest N. Memorial Convention Center, ki je hkrati gostil še Srečanje ameriških krvnih bank. Center se razteza na 103.000 kvadratnih metrih, v neposredni bližini zgodovinske francoske četrti, polne jazz glasbe, trgovinic in odličnih restavracij ter pubov. Kljub temu, da je bilo na srečanju več kot 2000 udeležencev, da so predavanja in delavnice potekali hkrati v več kot petindvajsetih prostorih in da je bilo preko 50 razstavljalcev, ni bilo zaznati gneče, zamujanja ali iskanja zelenega predavanja. Dnevni programi so bili izobešeni pred vsako predavalnico, v glavnem preddverju je bilo na voljo mnogo računalnikov s podatki o srečanju, prav tako je bil omogočen stalen dostop do medmrežja, povsod pa je bilo tudi številno, dobro usposobljeno, pomožno osebje.

Za neplenarna predavanja so imeli predavatelji na razpolago točno določen čas od treh do devetih minut. Obravnavali so teme, kot so: strategija pri obravnavi pediatričnih nevroblastomov, terapija glioblastomov (uporaba implantov, ki sproščajo kemostatike), obravnava vestibularnih švanomov, pomen in uspeh radioloških terapevtskih pristopov v obravnavi nevroloških tumorjev, nevrokirurška travmatologija in spremljajoča intenzivna medicina, razvrstitev, vrednotenje in terapija obrazne bolečine, stimulacija perifernih živcev za blaženje kronične bolečine, intrauterine nevrokirurške operacije, predstavljenih je bilo mnogo tehnik in materialov za operacije boleznin in poškodbe hrbtenice in hrbteničnega kanala; predstavitev eksperimentalnih živalskih ter celičnih modelov in njihova uporabnost pri preskušanju terapevtskih metod in še bi lahko naštevala.

Drugi dan srečanja je bil namenjen opredelitvi, doseganju in merjenju odličnosti pri nevrokirurški obravnavi bolnikov za

posamična področja nevrokirurgije. Predavanja in razprave, ki so jim sledile, so obravnavali težavna nevrokirurška področja, ovire na poteh izboljševanja obravnave in možnosti doseganja boljših rezultatov obravnave in končnih rezultatov zdravljenja. Poleg posamičnih nevrokirurgiji lastnih bolezenskih in poškodbenih stanj so ravno boleznin in poškodbe na mejah (ali prekomejne) nevrokirurške obravnave tista področja, kjer se trudijo za doseg odličnosti z razvojem in vzpodbujanjem nujnega sodelovanja s sosednjimi kirurškimi strokami, kot so

Avtorica v preddverju kongresnega centra



okulistika, otorinolaringologija, torako-abdominalna kirurgija. In tu je odgovor, kaj je otorinolaringolog počel na nevrokirurškem srečanju. V zadnjih nekaj letih se pospešeno razvija interdisciplinarno kirurško sodelovanje in plod razvoja tega sodelovanja je, da so »siva, težko (ne)dosegljiva področja«, ki jih poznamo v vseh kirurških strokah, praktično izginila.

Kaj sem počela kot otorinolaringologinja na nevrokirurškem srečanju? Ideja, da so me povabili na njihovo letno srečanje, se je porodila v Švici, kjer sem se v juniju 2009 udeležila praktičnega petdnevnega tečaja na človeških truplih o infratemporalnem pristopu na lobanjsko bazo. Ta pristop omogoča kirurško zdravljenje v celotnem izvenlobanjskem poteku notranje karotidne arterije, omogoča kirurško zdravljenje vse do patologije notranjega ušesa, obraznega živca, do bolezni pterigopalatine jame, do tumorjev nosnega dela žrela. Tradicionalno je več kot desetletje organizator in vodja te redke delavnice prof. dr. U. Fisch iz Züricha (nevrokirurg in otorinolaringolog). Pred dvema desetletjema se mu je v sodelovanju z otokirurgi inštituta House Ear iz Los Angelesa porodila ideja, kako doseči tesnejše dnevno praktično sodelovanje in delitve izkušenj otorinolaringologov in nevrokirurov v težkih primerih; razvijati se je začela oto-nevrokirurgija. Tečaja se lahko udeleži le 12 oto- ali nevrokirurov letno, število inštruktorjev pa je večje kot število udeležencev tečaja. Kljub temu, da ob koncu tečaja vsi udeleženci osvojijo (spodnji stranski) infratemporalni pristop na lobanjsko bazo, ostaja skupen problem organizatorjem in udeležencem tečaja: kako doseči vsakodnevno sodelovanje različnih kirurških strok pri obravnavi najzahtevnejših kirurških bolnikov. Sledilo je otokirurško srečanje Politzerjevega otokirurškega društva junija letos v Londonu, kjer je bilo prav tako več okroglih miz namenjeno oto-nevrokirurgiji; in razpravi, ki smo jo začeli že v Zürichu, je sledilo povabilo na letošnje letno srečanje nevroloških kirurov ZDA (možnosti, vzpodbujanje in prizadevanje za razširitev tovrstnega sodelovanja, razvoj in širitev oto-nevrokirurgije). Na srečanju je bilo, poleg že naštetega, mnogo predavanj posvečenih žilnim obolenjem živčevja, okvaram hrbtenice, problematiki učenja in vrednotenja rezultatov v nevrokirurgiji, novejši slikovni diagnostiki patologije živčevja, razmerju med cenovno različnih vrst zdravljenja, prikazom različnih napovednih dejavnikov tveganja pred in po nevrokirurških posegih, razvoju in klinični uporabi raziskovalnih modelov, endoskopskim posegom pri obravnavi patologije lobanje in hrbtenice, uporabi robotike in navigacije v nevrokirurgiji in še bi lahko naštevala.

Plenarnim predavanjem in okroglim mizam o vzpostavitvi, zagotavljanju in vrednotenju odličnosti v interdisciplinarnem pristopu je bilo namenjeno celotno dopoldne. Poudarjeno je bilo, da se sodelovanja med kirurgi različnih strok ne da vzpostaviti s priporočilom ali predpisom, temveč da je edino uspešno, če se sodelovanje vzpostavi kot posledica širšega spoznanja, da je za obravnavo težkih kirurških bolnikov potrebno iskreno sodelovanje in pomoč kirurov različnih strok. In ravno razvoj tovrstnega sodelovanja in njegova rutinska

uporaba pri obravnavi kirurških bolnikov je, ob dobrih končnih rezultatih, po njihovem mnenju nuja, da ustanova ali program dobi oceno odlično ter da ustanova prejme oceno – znak odličnosti.

Že sicer strokovno in socialno izredno zanimivo srečanje so popestrila izbrana predavanja Nobelovega nagrajenca za kemijo za leto 2003 za pionirsko delo o membranskih kanalčkih, dr. Petra Agreja, bivšega predsednika Indije APJ Abdula Kalama o sodelovanju med strokovnjaki ter predavanje guvernerja Louisiane Bobbyja Jindala o tem, kako lahko politično delo omogoča in zagotavlja odlično delo strokovnjakov, ki na koncu obrodi zadovoljstvo vseh vpletenih.

Pa pri nas? Sodelovanje lahko ocenjujem samo z otorinolaringološkega vidika. Pred tremi desetletji je bilo vzpostavljeno sodelovanje pri transfenoidnem pristopu do sprednjega in osrednjega dela lobanjskega dna, predvsem pri obravnavi patologije hipofize (B. Klun – B. Povhe, M. Jezernik – J. Podboj), in to sodelovanje je danes v ponovnem razmahu z uporabo endoskopije in nevronavigacije (R. Bošnjak – I. Boršoš). Sledilo je sodelovanje pri obravnavi patologije na meji vratu in lobanjske baze (V.V. Dolenc – A. Župevc). Od leta 2006, ko je bil v Sloveniji prvič narejen in objavljen srednjekotanski pristop na patologijo stranske lobanjske baze (R. Bošnjak – S. Battelino), ki se razvija dalje kot terciarni projekt UKC Ljubljana, sledi logično nadaljevanje sodelovanja pri razvoju infratemporalnega pristopa na lobanjsko bazo. Razumevanje in dogovarjanje med kolegi nevrokirurgi in otorinolaringologi ima v Sloveniji torej dolgo in uspešno tradicijo, zato je upravičeno zaupanje, da bo večina kirurških bolnikov, ki potrebujejo interdisciplinarni kirurški pristop, deležna tovrstne – odlične obravnave tudi v prihodnosti.

Nevarna zdravila

Po podatkih ameriške Uprave za hrano in zdravila (FDA) zaradi neželenih stranskih učinkov zdravil na novi celine vsako leto zbolijo dobra dva milijona ljudi; od tega jih vsaj 100.000 tudi umre. V ZDA so neželeni škodljivi učinki zdravil četrti na lestvici vzrokov smrti, pred pljučnimi boleznimi, diabetesom in aidsom. V Nemčiji pa jih zbolijo 210.000 in umre dobrih 16.000. Kar pomeni, da je v ZDA »farmakološka umrljivost« nižja kot v Nemčiji. V prvi ta znaša 5 odstotkov, v drugi pa skoraj 8 odstotkov. Strokovnjaki ugotavljajo, da nova zdravila, ki terjajo veliko časa, energije in sredstev za razvoj, niso vedno boljša in učinkovitejša od starih. Mnoga izmed njih morajo proizvajalci umakniti s trga, še preden se sploh uveljavijo.

Vir: FDA

Nina Mazi

Presaditev pljuč in možnosti kirurškega zdravljenja pljučne hipertenzije

Barbara Salobir

V sredo, 11. novembra 2009, smo imeli v Univerzitetnem kliničnem centru (UKC) Ljubljana simpozij z naslovom Presaditev pljuč in možnost kirurškega zdravljenja pljučne hipertenzije. Simpozij smo organizirali zaposleni Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergije z željo, da dosedanje delo in rezultate predstavimo strokovni javnosti in ji obenem presaditev pljuč ter možnost kirurškega zdravljenja kronične tromboembolične pljučne hipertenzije še bolj približamo. Želimo namreč, da bi bilo zaupanje v ta načina zdravljenja večje in da bi bila ponujena vsem primernim slovenskim bolnikom.

Presaditev pljuč je zaenkrat edini možni način zdravljenja bolnikov s končno dihalno odpovedjo. Začetki presaditve pljuč segajo v osemdeseta leta prejšnjega stoletja. Slovenskim bolnikom je ta način zdravljenja dostopen od leta 1997. Za slovenske bolnike poseg opravljajo vrhunski strokovnjaki v Univerzitetni bolnišnici na Dunaju (AKH Dunaj). Prva in edina presaditev pljuč je bila v UKC Ljubljana narejena leta 2003. Program ni zaživel, ker je letno število bolnikov, primernih za presaditev pljuč, premajhno. Doslej so bila pljuča presajena dvajsetim bolnikom, štirinajst jih živi kakovostno življenje. Na našem oddelku bolnike, ki so kandidati za presaditev pljuč, predoperativno pripravimo in jih po presaditvi pljuč uspešno vodimo že od ustanovitve pred enajstimi leti. Sodelovanje z avstrijskimi kolegi je odlično.

V zadnjih dveh letih smo se z avstrijskimi kolegi povezali tudi za zdravljenje bolnikov s kronično pljučno tromboembolično hipertenzijo (KTEPH). KTEPH je edina oblika pljučne arterijske hipertenzije, ki je potencialno ozdravljiva, če je bolnik kandidat za operativni poseg – pljučno endarterektomijo. Pljučna endarterektomija (PEA) je zahteven postopek in se opravlja le v nekaj centrih po svetu. Med strokovnjaki za to področje je znano in v literaturi objavljeno, da je tveganje za ta poseg v centrih z malo izkušnjami in premajhnim številom operacij letno (manj kot 20; enako velja za presajanje pljuč) preveliko. V centrih z dovolj izkušnjami je tveganje za perioperativne zaplete sedaj že pod 5 odstotki. Srečo imamo, da je skupina strokovnjakov s tega področja v najbližjem takšnem

centru v AKH na Dunaju ena izmed najboljših. Do pisanja tega članka so bili z odličnim izhodom operirani že štirje naši bolniki. Prva dva od operiranih bolnikov sta že vključena v praktično normalno življenje, vključno s službo.

Vodilna strokovnjaka, profesor torakalne in kardio-vaskularne kirurgije Walter Klepetko in profesorica kardiologije Irene Lang, sta vodji uigranega tima z odličnimi rezultati. Vključena sta v vse evropske ekspertne skupine za to področje, s katerim se ukvarjata tako strokovno kot raziskovalno. Imela sta zelo pomembno vlogo na 4. svetovnem simpoziju o pljučni hipertenziji v Dana Pointu v Kaliforniji lansko leto (sklepi, katerih soavtorja sta oba strokovnjaka, so bili objavljeni letos v Journal of the American College of Cardiology). Nato sta sodelovala pri pisanju najnovejšega skupnega konsenza evropskih kardiologov in pulmologov, ki je nastal na osnovi teh sklepov. V timu za presaditev pljuč in kirurško zdravljenje KPTEH ima pomembno vlogo tudi pulmolog dr. Peter Jaksch, predvsem pri pooperativnem vodenju bolnikov in predoperativni oceni sposobnosti za operativni poseg iz internistične in pulmološke strani. Avstrijske kolege smo povabili, da na našem simpoziju predstavijo svoje in naše skupno uspešno delo.

Po uvodnih pozdravih sta dr. Peter Jaksch in prof. Irene Lang predavala o indikacijah in pripravi bolnika na presaditev pljuč in PEA v AKH Dunaj. Po istih protokolih pripravljamo bolnike tudi na našem oddelku.

Dr. Jaksch je poudaril, da je za uspeh operacije in kakovostno življenje bolnikov po presaditvi pljuč poleg zahtevnega pooperativnega vodenja bolnikov ključnega pomena predoperativna ocena in priprava bolnika na sam poseg. Pred presaditvijo pljuč je potrebno oceniti stopnjo napredovalosti pljučne bolezni in pridružene bolezni. Oboje poleg starosti pomembno vpliva na to, ali in kdaj bo bolnik uvrščen na listo za presaditev pljuč. Bolniki naj bi bili uvrščeni na listo za presaditev pljuč, ko ocenimo, da je njihovo pričakovano preživetje brez presaditve pljuč manj kot eno leto. Pripravimo pa jih lahko že prej, če ocenimo, da je nadaljnji potek napredovale pljučne bolezni nepredvidljiv. Zelo pomembna je tudi psihološka ocena bolnika in ocena

razmer, v katerih bolnik živi, saj oboje zelo pomembno vpliva na uspešnost pooperativnega vodenja.

V nadaljevanju je prof. Irene Lang poudarila, da je tudi za uspeh pljučne endarterektomije ključnega pomena dobra predoperativna ocena, ki vedno poteka v sodelovanju med internisti in kirurgi. Poudarila je, da bi po dosedanjih izkušnjah in nedavno sprejetem konsenzu praktično vsak bolnik s KTEPH moral biti predstavljen ekspertnemu kirurgu, saj je potek bolezni bistveno slabši, če bolniku ne ponudimo možnosti pljučne endarterektomije, če je le primeren kandidat zanjo. Izkušnje so pokazale, da je več kot polovica vseh bolnikov s KTEPH primernih za ta poseg.

Poudarila je, da je ne samo predoperativno, ampak že v sami diagnostiki KTEPH ključna preiskava ventilacijsko-perfuzijska scintigrafija pljuč, ki v primeru KTEPH prikaže segmentne in/ali subsegmentne defekte v perfuziji pljuč. Opozorila je, da ima pri diagnostiki KTEPH CT-angiografija (CTA), ki je v zadnjih letih postala metoda izbora za diagnostiko akutne pljučne embolije, za zdaj še omejen pomen, saj se šele najnovejše generacije CT-jev približujejo občutljivosti klasične angiografije. Moč CTA upade zlasti pri prikazovanju neokluzivnih trombov na nivoju segmentnih in subsegmentnih arterij. To pa je pomembno, saj so neokluzivni trombi tudi na tej ravni pljučnih žil lahko operabilni. Zato CTA ni optimalna pri razlikovanju med KTEPH in drugimi oblikami pljučne arterijske hipertenzije. Tik pred operativnim posegom je za končno odločitev o operabilnosti poleg drugih preiskav zaenkrat še vedno najpomembnejša rentgenska angiografija pljučnih arterij s kontrastom. Vloga specifičnih zdravil za KTEPH pri bolnikih s KTEPH ni jasna. Odločitev je individualna pri bolnikih z napredovalo obliko bolezni za premostitev do pljučne endarterektomije ali pri bolnikih, ki niso kandidati za operativni poseg.

Prof. Klepetko je v nadaljevanju na izredno slikovit in poučen način prikazal najprej kirurške možnosti zdravljenja pljučne hipertenzije. Ob slikovitih prikazih zahtevne operacije – pljučne endarterektomije, ki zahteva zelo dobro opremo in izurjenost celotnega tima, slikah odstranjenih trombembolusov iz centralnih pa vse do subsegmentnih pljučnih arterij, odličnih rezultatih tako pljučne endarterektomije kot presaditve pljuč, prikazu novih možnosti za uspešno presaditev pljuč tudi najbolj tveganim bolnikom, izpopolnjenih tehnikah za pripravo darovalčevih pljuč na način, da so optimalna za presaditev, je zastajal dih. V AKH Dunaj na leto opravijo 100 presaditev pljuč in preko 20 pljučnih endarterektomij. Bolniki k njim prihajajo iz celotne centralne in vzhodne Evrope. Izkušnje z drugimi evropskimi državami, predvsem Madžarsko,

pa so pokazale, da je uspešnost operativnih posegov in pooperativnega vodenja bolnikov največja, če se bolniki rekrutirajo iz ene države samo preko enega centra.

Po odmoru, v katerem so potekale živahne razprave, smo nadaljevali s predstavitvijo lastnega dela in bolnikov. Sedaj je dih zastajal našim gostom in vsem, ki našega enajstletnega dela doslej niso dobro poznali, na koncu pa so nas vse, tudi do solz, ganile izpovedi bolnikov. Naši avstrijski kolegi so nam na kosilu po simpoziju povedali, da ni še nihče drug, s katerimi sodelujejo, doslej prikazal skupnega dela na tak strokoven in človeško topel način, ki potrди smiselnost vseh potrebnih naporov.

Najprej je prim. mag. Matjaž Turel, vodja našega tima in pionir na tem področju v slovenskem prostoru, na strokoven in slikovit način predstavil naše bolnike s presajenimi pljuči. Od statističnih podatkov do predstavitve posameznih bolnikov, vključno z bolnico, ki je imela presaditev pljuč pred enajstimi leti zaradi napredovale cistične fibroze. Bolnica živi zelo kakovostno življenje, hodi na fitnes in potuje po svetu. Njeno preživetje je daleč nad povprečnim, čeprav je vmes imela tudi težje zaplete, kot je tuberkuloza pljuč, ki bi zagotovo vodili v smrt, če ne bi bili dovolj zgodaj spoznani in pravilno zdravljeni. Prikazal je še druge primere težjih zapletov v pooperativnem poteku zdravljenja, kjer je vedno odigralo ključno vlogo timsko delo znotraj UKC Ljubljana in tudi v sodelovanju z drugimi bolnišnicami. Bolnico z akutnim kalkuloznim holecistitisom so na primer v sodelovanju z nami uspešno operirali v Splošni bolnišnici Celje, ker je bila v preslabem stanju za transport.

Za mag. Turelom je Matevž Harlander, dr. med., predstavil vse pomembne vidike vodenja bolnikov po presaditvi pljuč, sama pa sem v svojem predavanju ob predstavitvi prvih dveh slovenskih bolnikov z uspešno PEA še enkrat poudarila ključni pomen odličnega sodelovanja z avstrijskimi kolegi. Za optimalno obravnavo slovenskih bolnikov s KTEPH je smiselno obdržati to odlično povezavo z najbližjim vrhunskim centrom in v povezavi z njimi kasneje vzpostaviti možnost operativnega zdravljenja s pljučno endarterektomijo v UKC Ljubljana, vendar le, če se bo izkazalo, da je slovenskih bolnikov s to boleznijo dovolj. Nato sta David Lestan, dr. med., in Tomaž Goslar, dr. med., predstavila zanimiva klinična primera. Prvi bolnico z intersticijskimi spremembami pljuč eno leto po obojestranski presaditvi pljuč, drugi uspešno zdravljenje bolnika s hudo družinsko pljučno arterijsko hipertenzijo, ki je bil sprejet v hudem poslabšanju, ki je zahtevalo vse intenzivno zdravljenje, vključno z neinvazivno umetno ventilacijo, na Klinični oddelek za intenzivno interno medicino, sedaj pa ob zdravljenju s kombinacijo novih

zdravil za zdravljenje pljučne arterijske hipertenzije, vključno z intravenskim prostaciklinom, živi praktično normalno življenje, tako da je lahko presaditev pljuč zaenkrat odložena.

Simpozij je zaokročila ganljiva osebna izpoved in zahvala bolnic 17-letne Alje Klare Ugovšek o življenju s cistično fibrozo, ki je pred obojestransko presaditvijo pljuč viselo na nitki, sedaj pa diha s polnimi pljuči, poje in pleše, ter izpoved 38-letne mamice dveh deklic Klare Klančar, ki je prebrala tudi zgodbo prvega bolnika z uspešno PEA Maksa Sorška. Vsi trije so doživeli svoj odhod na Dunaj kot novo rojstvo.

Za zaključek simpozija je sledila okrogla miza, v kateri so vsi prisotni, vključno s predstojnikom Oddelka za torakalno kirurgijo UKC Ljubljana prof. dr. Mihaelom Sokom in prof. dr. Mitjem Košnikom, direktorjem **Bolnišnice Golnik** – Kliničnega oddelka za pljučne bolezni in alergijo, potrdili, da gre naše delo v pravo smer in da so s tem simpozijem postavljena izhodišča za smernice zdravljenja bolnikov s končno odpovedjo dihanja in KTEPH.

Čisto na koncu so sledile zahvale vsem. Tako vsem povabljenim gostom kot tistim, ki ste prišli iz lastnega zanimanja za to pomembno področje pulmologije, in tudi organizatorjem. Najprej naši predstojnici doc. dr. Marjeti Terčelj, katere idejna zamisel je bila priprava tega simpozija. Skozi naše skupno enajstletno delo smo namreč v UKC Ljubljana postali odličen tim, med sabo povezani v dobrem in slabem, pripravljeni sodelovati z vsemi v Sloveniji, ki enako mislijo, ki delajo strokovno in s srcem, človeško. Prim. mag. Matjažu Turelu, gonilni sili za to področje, brez katerega zagotovo ne bi bilo takšnih rezultatov našega skupnega dela, in vsem na našem oddelku, od zdravnikov do sester in administracije, ki so nesebično in s srcem, tako kot to vedno delajo in znajo, pomagali pri organizaciji simpozija. Vseh se ne da naštet, še posebej pa bi vendarle izpostavili našo glavno sestro Marijo Špelič, tajnico gospo Bernardo Bregar, sestro Ružico Mali in specializanta Matevža Harlanderja. Hvala tudi sponzorjem, ki so organizacijo simpozija finančno podprli, in Gašperju Zormanu za lepo oblikovanje zbornika, zloženke in plakatov.

Mednarodno srečanje

Neonatalna farmakologija

Borut Bratanič

Klinični oddelek za neonatologijo Pediatrične klinike (PeK) in Inštitut za farmakologijo in eksperimentalno toksikologijo Medicinske fakultete Univerze v Ljubljani (IZF) sta 20. in 21. novembra 2009 organizirala strokovni simpozij o temi, ki doslej v Sloveniji še ni bila obravnavana. Ob uglednem gostu iz Združenih držav Amerike, neonatologu in kliničnem farmakologu, so bili prisotni in aktivno sodelovali neonatologi iz slovenskih porodnišnic in iz bližnjih držav.

Program, ki ga je doc. dr. Darja Paro Panjan zasnovala, strokovno ter organizacijsko odlično izpeljala ob pomoči prof. dr. Maje Kržan iz IZF, je interdisciplinarno zajemal različna strokovna področja. Predavanja so izšla v zborniku predavanj, ki obsega 230 strani.

Po uradnem odprtju srečanja (doc. D. Paro Panjan, prof. R. Kenda, prof. L. Marion, prof. L. Stanovnik) je program začel in nato še dvakrat predaval **prof. dr. John N. van den Anker**, neonatolog, predstojnik pediatrične klinične farmakologije na Children's

National Medical Center v Washingtonu in vodja enega od 13 raziskovalnih pediatričnih farmakoloških oddelkov v ZDA. V predavanju »Neonatalna klinična farmakologija: razvojna biologija in farmakogenetika« je spregovoril o zgodovini »razvoja« zdravil v neonatologiji, ki je bila (in je večinoma še sedaj) premalo podprta z znanstvenoraziskovalnimi dokazi. Odziv organizma novorojencev določa razvojna stopnja otroka, genetika in okolje ter bolezni, za katero se zdravilo uporablja. Ob tem imajo neonatologi opravka z veliko variabilnostjo pri pacientih, ki jo ob stopnji razvoja pogojuje tudi farmakogenetika. Farmakogenetiko je opredelil kot študij genetskih vplivov na delovanje, odzivanje na zdravila in toksičnost zdravil, s primerjanjem variabilnosti genov z variabilnostjo odzivanja na zdravila na ravni posameznega pacienta (pravo zdravilo za pravega bolnika). Ob komentiranju raziskav na midazolamu, cisapridu in propofolu je prikazal razvoj citokrom oksidaznega sistema – posebej še najpomembnejšega encima CYP3A4, ki v organizmu oksidira veliko število ksenobiotikov.



Od leve: izr. prof. dr. Maja Kržan, prof. dr. John N. van den Anker in doc. dr. Darja Paro Panjan na Pediatrični kliniki v Ljubljani (foto: Irena Herak)

Prikazal je primere različnih hitrosti delovanja encimskih sistemov CYP2D6 pri presnovi antidepresivov, antiaritmikov in antineoplastičnih učinkovin. Znani so heterogeni genetsko uravnani učinki zdravil pri različnih osebah in pojem funkcionalnega predoziranja, ko je presnova v sistemu CYP2D6 zaradi genetskih dejavnikov močno upočasnjena in »normalni« odmerki lahko privedejo do znakov predoziranja. Predavanje je zaključil s sklepom, da raziskave delovanja učinkovin na odraslih ali živalih verjetno ne zadoščajo za ustrezno uporabo teh zdravil pri novorojenčkih in otrocih. Študij farmakokinetike, farmakodinamike in ustreznega odmerjanja zdravil moramo izvajati na populaciji, za katero bomo ta zdravila uporabljali.

Doc. dr. Janez Jazbec, predstojnik KO za otroško hematologijo na PeK, je član pediatričnega odbora Evropske agencije za zdravila (EMA). Predstavil je delo komisije, ki se zavzema, da bi bilo na primeren način možno raziskati delovanje zdravil tudi na otroški populaciji, kjer posebno na neonatalnem področju uporabljamo veliko za to populacijo neraziskanih zdravil. Natančno je opisal pediatrični raziskovalni načrt za študij zdravil v Evropi. **Izr. prof. Mojca Kržan** z IZF je nazorno prikazala farmakokinetiko v neonatalnem obdobju. Osvetlila je razvojne posebnosti novorojenčka, vplive na absorpcijo, distribucijo, presnovo in izločanje učinkovin, s seznamom zdravil, ki imajo v primerjavi z odraslimi, v neonatalnem obdobju podaljšan razpolovni čas (npr. ampicilin, cefotaksim, gentamicin, paracetamol in druga). **Izr. prof. Lovro Stanovnik** z IZF je predaval o klinično

pomembnih interakcijah med zdravili pri novorojenčkih, ki so v osnovi najverjetneje take, kot pri odraslih. Tudi na tem področju je zaenkrat malo izsledkov za neonatalno obdobje in so v uporabi podatki iz višjih starostnih obdobj.

V drugem predavanju je **J. N. van den Anker** spregovoril o farmakogenetiki in zdravljenju bolečine pri novorojenčkih. Podrobno so bili opisani znaki bolečine pri novorojenčkih, fiziologija in trajnost odziva na bolečino ter instrumenti za merjenje bolečine, ki pa so v tem obdobju dokaj nezanesljivi. **Asist. Petja Fister** s KO za neonatologijo PeK je opisala neopioidne analgetike pri zdravljenju bolečine pri novorojenčku. Obravnavala je farmakokinetiko z mehanizmi delovanja omenjenih zdravil in njihovo pravilno odmerjanje ter stranske pojave. **Dr. Janez Babnik** iz Službe za neonatologijo na Ginekološki kliniki je v predavanju o zdravljenju z indometacinom pri nedonošenčkih opisal zdravljenje odprtega Botallovega voda, stranske pojave terapije in na koncu tudi preprečevanje možganskih krvavitev z indometacinom pri zelo nezrelih nedonošenčkih. Primerjal je učinkovitost indometacina in ibuprofena, ki imata v omenjeni populaciji podobne učinke.

Po skupnem kosilu je v popoldanskem delu prva predavala **asist. dr. Maja Pavčnik Arnol**, ki je skupaj s **prof. dr. Meto Derganc** s KO za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo pripravila predavanje o uporabi opioidnih analgetikov pri novorojenčkih. Opisala je farmakološke posebnosti pri uporabi najpogostejših opioidnih analgetikov (morfin, fentanil) v neonatalnem obdobju, v intenzivni terapiji. Opisana je bila

toleranca in odtegnitveni sindrom. V slovenskem prostoru uporabljajo razen omenjenih tudi piritramid in tramadol. **Jana Lozar Krivec**, dr. med., s KO za neonatologijo PeK je z **asist. Samom Jeverico**, **prof. dr. Manico Mueller Premru** in **izr. prof. dr. Majo Arnež** z Infekcijske klinike predstavila prispevek o racionalni uporabi antibiotikov v neonatologiji. Zaradi suma na okužbo prejme antibiotično terapijo od 4 do 6 odstotkov novorojenčkov ter več kot 60 odstotkov nedonošenčkov. Pomembna je področna značilnost okužb, ki pomaga pri izkustvenem antibiotičnem zdravljenju. Predstavljeni so bili rezultati raziskave pozitivnih mikrobioloških vzorcev krvi in likvorja, odvzetih pri novorojenčkih, hospitaliziranih v UKC Ljubljana od januarja 2005 do januarja 2009. Opisani so bili tudi farmakokinetični parametri najpogosteje uporabljenih antibiotikov. V zadnjem predavanju je **J. N. van den Anker** predstavil nova priporočila o odmerjanju aminoglikozidov pri nedonošenčkih. Glede na značilnosti in stopnjo nezrelosti ledvičnega delovanja je povzel izsledke lastnih raziskav ter rezultate metaanaliz, iz katerih je razvidno, da je klinično pomembna ototoksičnost in nefrotoksičnost aminoglikozidov pri novorojencih redka, da pa tudi ni jasne povezave med toksičnostjo teh antibiotikov in njihovimi serumskimi koncentracijami.

V soboto je jutranji del srečanja odprla **prof. dr. Ksenija Geršak** z Ginekološke klinike s predavanjem o vplivu zdravil med nosečnostjo na prirojene telesne nepravilnosti. Zdravila v tem obdobju povzročijo od 2 do 3 odstotke vseh prirojelih telesnih nepravilnosti, odvisno od razvojne stopnje zarodka, njegovega genotipa in lastnosti ter mehanizma delovanja zdravila ter njegovega odmerka. Zato praviloma nosečnicam ne predpisujemo novih zdravil in sledimo pravilu »manj škodljivo«.

Katja Perdan Pirkmajer, dr. med., raziskovalka z IZF, je prikazala mehanizme prehajanje zdravil preko placente. Ocenjujejo, da med nosečnostjo okoli 80 odstotkov žensk jemlje zdravila, ki lahko prehajajo skozi posteljico do plodov. Pri prehajanju so vpleteni različni transportni načini, od enostavne difuzije, facilitirane difuzije do aktivnega transporta. Prenos poteka lahko v obe smeri. S poznavanjem mehanizmov prehajanja je mogoče ustrezno voditi terapijo nosečnic in njihovih plodov. **Asist. dr. Borut Bratanič** s KO za neonatologijo PeK je obravnaval prehajanje zdravil iz materinega mleka v dojenega otroka. Večina zdravil iz materinega krvnega obtoka prehaja v njihovo mleko. Ocena je, da se v mleku nahaja približno od 1 do 2 odstotka materinega odmerka zdravila. Kontraindicirano je dojenje pri zelo majhnem številu zdravil ali ksenobiotikov. Prikazani so bili osnovni napotki za predpisovanje zdravil doječim materam.

Asist. mag. Lilijana Kornhauser Cerar iz Neonatalne intenzivne enote v ljubljanski porodnišnici je z rezultati lastnega raziskovalnega dela podprla predavanje o uporabi humanega rekombinantnega eritropoetina v neonatologiji. Rezultati njene študije kažejo na pozitiven učinek takega zdravljenja, v literaturi pa še obstajajo dokaj različni pristopi, pa tudi nove indikacije za zdravljenje in zaščito različnih tkiv z eritropoetinom (nevroprotektivno delovanje). **Doc. dr. Darja Paro Panjan** s KO za neonatologijo PeK je predavala o farmakološkem zdravljenju dihalnih premorov pri novorojenčkih. Opisala je patofiziološke mehanizme, ki v sklopu različnih stanj delujejo na dihalni center pri novorojenčkih in povzročajo dihalne premore. Podrobneje je opisala mehanizme delovanja metiliranih ksantinov – teofilina in kofeina, ter manj preizkušeno zdravlilo pri nas, doksapram.

Aneta Soltirovska Šalomon, dr. med., s KO za neonatologijo je skupaj s **prof. dr. Davidom Neubauerjem** s KO za otroško in mladostniško nevrologijo PeK pripravila predavanje o protikonvulzivnih zdravilih pri novorojenčkih. Konvulzije se v neonatalnem obdobju pojavljajo pogosteje kot kasneje. V predavanju je predstavila mehanizme delovanja, farmakokinetiko in odmerjanje klasičnih in novejših ter bolj redko uporabljenih antikonvulzivov pri novorojenčkih. Še vedno ni razrešena dilema, ali zdraviti klinično izražene ali elektroencefalografsko ugotovljene konvulzije. Pozornost je potrebna tudi pri možnih škodljivih vplivih teh zdravil na razvoj možganov. **Gregor Nosan**, dr. med., s KO za neonatologijo in **asist. mag. Mojca Žerjav Tanšek** s KO za endokrinologijo, diabetes in presnovne bolezni PeK sta pripravila predavanje o uporabi steroidov v neonatalnem obdobju. Primerjalno so bili predstavljeni steroidni hormoni, ki jih uporabljamo v perinatologiji. Ob ugodnih imajo lahko tudi dalj časa trajajoče nezaželene učinke na rast in razvoj otrok. **Prim. Martin Možina** iz Centra za zastrupitve UKC Ljubljana je v zadnjem predavanju opozoril na neželenne učinke zdravil v neonatalnem obdobju, kjer se sicer uporablja manjše število zdravil, vendar jih mnogo nima uradnega dovoljenja za uporabo v vseh indikacijah. Opisan je bil način odkrivanja, spremljanja in prijavljanja neželenih učinkov zdravil.

Po predavanjih so potekale zanimive razprave, soglasno mnenje udeležencev pa je bilo, da je bilo strokovno srečanje, ki je prvič v Sloveniji na interdisciplinaren način ter ob sodelovanju uglednih domačih in tujega strokovnjaka obravnavalo neonatalno farmakologijo, zelo uspešno in bo v bodoče vsem spodbuda za poglobljen pristop k farmakološkemu zdravljenju v zgodnjem življenjskem obdobju.

»Navodila za bolnike« – nova zbirka v nizu prizadevanj zdravnikov družinske medicine

Ksenija Tušek Bunc

Pred nami je še eno pomembno delo slovenskih zdravnikov družinske medicine, ki sta ga urednici Zalika Klemenc Ketiš in Ksenija Tušek Bunc v predgovoru pospremili na pot z besedami: »Zdravje in bolezen sta dve povsem različni pokrajini. Če imamo srečo, večino življenja preživimo v prvi, večina pa ima vendarle izkušnjo iz obeh. Najbolje bi bilo torej, da se naučimo pravil življenja v obeh pokrajinah: kaj pomeni »biti zdrav« in »biti bolan«. Dobiti moramo tudi izkušnjo prehajanja iz ene pokrajine v drugo. Ko ljudje zbolijo, ali jih pesti zgolj manjša zdravstvena težava, ali pa se to primeri komu, ki ga imajo radi, želi večina od njih do najmanjše podrobnosti spoznati zdravstveno težavo, prav tako pa tudi najboljše možnosti zdravljenja. Moderni čas 21. stoletja prinaša številne diagnostične in terapevtske možnosti. Dejstvo je tudi, da se v sodobni medicini povečuje pomen bolnika v procesu zdravljenja ter da je sodobna medicina postavila partnerski odnos in soodgovornost bolnika za lastno zdravje za temelj svoje doktrine. Vsako vodenje bolezni in zdravljenje se razume tudi kot samozdravljenje, torej kot proces, v katerem mora aktivno in zavestno sodelovati tudi bolnik, seveda ob podpori zdravnika, ki mu nudi izdatno spodbudo in pomoč. Le v sozvočju s prav odmerjeno in usmerjeno zdravnikovo avtoriteto in bolnikovim avtonomnim ravnanjem in razumevanjem njegovega zdravstvenega stanja in s tem povezanih težav, bo morebiti pridobivanje izkušenj prehajanja iz ene pokrajine v drugo če ne lažje, pa vsaj enostavnejše.«

V nizu prizadevanj zdravnikov družinske medicine je tako poleg številnih del, kot so npr. »Na dokazih temelječe smernice«, peta izdaja »Nujnih stanj«, »Diagnostične preiskave« ipd., v katerih je opazna usmeritev v prizadevanja za izboljšanje sporazumevanja med zdravnikom in bolnikom, nastal še priročnik za zdravnike »Navodila za bolnike«. V tem kontekstu naslednje strani ponujajo jasno in jedrnato informacijo o vrsti zdravstvenih težav, od razmeroma nenevarnih stanj do najhujših bolezni. Tudi bolnik si bo lahko ob pojavu določenega simptoma ali bolezni poiskal ustrezno informacijo in v določenih primerih brez posveta pri zdravniku sam rešil zdravstveno težavo. Vendar pa

opisi zdravstvenih stanj in načinov zdravljenja služijo le kot informacija, ki dobi vrednost in dodatno težo le skozi zdravnikove roke. Velja poudariti, da priročnik nikakor ne more nadomestiti neposrednega stika z zdravnikom. Glede diagnoze, zdravljenja, spremljanja in vodenja se je tako treba vselej posvetovati s svojim zdravnikom.

Zbirka je torej prvenstveno namenjena zdravnikom pri delu z bolniki v ambulantni, ki jim bo (pa ne nujno samo zdravnikom družinske medicine) omogočila, da bodo svojim bolnikom posredovali preverjene informacije za okoli 200 simptomov, bolezni in poškodb ter posebnih stanj. Sleherni zdravnik bo tako v zbirki našel na enem mestu opomnik potrebnih diagnostičnih postopkov, načinov zdravljenja in informacij, ki jih mora ob določeni zdravstveni težavi posredovati bolniku.

Urednici sta gradivo združili v tri smiselne sklope, tj. navodila pri najpogostejših simptomih, boleznih, poškodbah in nekaterih posebnih stanjih. Tako so nastale tri knjige: *Simptomi*, *Bolezni in poškodbe* in *Posebna stanja*, ki bodo zapolnile vrzel pri strokovnih navodilih zlasti pri tistih boleznih in stanjih, pri katerih doslej ni bilo interesa drugih izdajateljev navodil, da bi jih vključili v svoje publikacije. Teme posameznih knjig so urejene glede na posamezne organe in organske sisteme. Vsako poglavje je sestavljeno iz uvoda o zdravstvenem problemu, ki mu je namenjeno navodilo. Sledi mu navodilo za bolnika, ki je v vsaki posamezni knjigi strukturirano po shemi enotnih vprašanj, odgovori nanje pa nudijo bralcu jedrnato in vsestransko informacijo o posamezni temi. Dodana so še posebna navodila zdravniku, ki mu bodo v pomoč pri diagnostičnem sklepanju, terapevtskem ukrepanju ter spremljanju in vodenju bolnika. Na koncu vsakega poglavja pa so v okvirčku povzeta najpomembnejša dejstva o posamezni temi.

V prvi knjigi *Simptomi* je predstavljenih 62 najpogostejših simptomov z enotno strukturo besedila, ki bolniku ponuja odgovore na postavljena vprašanja: *zakaj pride do simptoma, kdaj in kako si lahko pomagajo sami, kdaj morajo zaradi teh težav k zdravniku, katere ukrepe zdravnik lahko pričakujejo, katere so najpogostejše*

diagnoze pri tem simptomu, kateri so načini zdravljenja ter ali se da in kako lahko opisani simptom preprečijo.

V drugi knjigi *Bolezni in poškodbe* je predstavljenih 110 bolezni in poškodb. Tudi tu avtorji bolnikom odgovarjajo na vprašanja: *kako pogosta je bolezen, kaj povzroča nastanek opisane bolezni, kako se ta bolezen kaže, kako postavimo diagnozo te bolezni, kako poteka zdravljenje, kako bolezen poteka, kako poteka spremljanje bolnika s to boleznijo, kako si lahko pri tej bolezni bolniki pomagajo sami, kako ta bolezen vpliva na bolnikovo življenje ter ali se da in kako lahko nastanek te bolezni preprečijo.*

Po vrnitvi iz bolnišnice po operacijah ali stanjih po bolezni, ki je zahtevala hospitalizacijo, bolnik ali svojci pogosto obiščejo zdravnika družinske medicine zaradi številnih vprašanj, ki se nanašajo na nadaljnje zdravljenje in rehabilitacijo ter življenje z boleznijo ali posebnim stanjem. Tako je v tretji knjigi *Posebna stanja* obravnavanih še 35 dodatnih posebnih stanj, kot so stanja po operacijah (npr. po vstavitvi endoproteze kolka ali kolena), kjer bolniki dobijo odgovore na vprašanja: *kakšne težave in zaplete lahko pričakujejo po tej operaciji, kaj lahko sami storijo za obvladovanje težav po tej operaciji, kdaj morajo k zdravniku, kako poteka operacija, kako poteka spremljanje bolnika po tej operaciji, kako poteka zdravljenje eventualnih zapletov po tej operaciji, kako ta operacija vpliva na njihovo življenje ter ali se da in kako lahko preprečijo, da operacija ne bi bila potrebna; in stanja po določenih boleznih (npr. bolnik po možganski kapi), kjer bolniki dobijo odgovore na vprašanja: *kakšne težave in zaplete lahko pričakujejo po tem dogodku, kaj lahko sami storijo za obvladovanje težav po njem, kdaj morajo k zdravniku takoj ali ga obiskati predčasno, kdaj morajo poklicati reševalno službo, kakšen je običajen potek po tem dogodku ali v tem stanju, kako poteka zdravljenje bolnika po tem dogodku, kako stanje po tem dogodku vpliva na bolnikovo življenje ter ali se da in kako lahko ta dogodek preprečijo; nadalje stanja odvisnosti, nosečnost, dojenje ter drugi posebni primeri, pri katerih bolniki pogosto najprej poiščejo pomoč pri zdravniku družinske medicine.**

Urednicama je uspelo kljub številnim sodelujočim avtorjem zagotoviti enotno strukturo in zgoščeno ter kakovostno vsebino posameznih poglavij. S tem sta olajšali iskanje zelenih informacij in tako delo približali zdravnikom, pa tudi končnim uporabnikom – bolnikom. Posebno skrb sta posvetili jeziku, ki je kar se da enoten in kljub jedrnatosti jaseen ter razumljiv tudi bralcu brez medicinske izobrazbe.

Zbirki je priložena zgoščenka, ki poleg teksta, ki je objavljen v knjigah, ponuja še najrazličnejše vprašalnike, ki jih zdravnik uporablja kot pomoč pri obravnavi bolnika. Z zgoščenske bo zdravnik zelena navodila lahko tudi natisnil in jih dal bolniku v roke neposredno ob posvetu

v ambulanti. Tako zbirka sama kot tudi zgoščenka predstavljata podaljšano komunikacijo med bolnikom in zdravnikom in v veliki meri prispevata k ustvarjanju vzpodbudnega partnerskega odnosa med njima.

Urednici kljub dejstvu, da delo ni neposredno namenjeno bolnikom, temveč zdravnikom in drugim zdravstvenim delavcem, verjmeta, da bodo imeli od njega največjo korist prav bolniki ter da jim bo zbirka služila kot koristen pripomoček v skrbi za lastno zdravje. Hkrati bodo navodila iztočnica bolnikom za pogovor o načrtovanih ukrepih in vir razjasnitve eventualnih dodatnih vprašanj, ponudila jim bodo odgovore na številna vprašanja, nudila oporo v času bolezni in slabega počutja ter jim prihranila marsikatero skrb, razblinila marsikateri dvom ter morebiti tudi preprečila nepotreben obisk pri zdravniku. Obsežno delo, ki v celoti presega naslov, pa ne pomeni samo navodil za bolnike, pač pa uporaben priročnik za študente medicine, specializante, zdravnike družinske medicine, pravzaprav za zdravnika katerekoli usmeritve. Zato urednici želita tudi, da bi zbirka našla mesto v osebni knjižnici slehernega zdravnika in ambulanta, kamor prihajajo bolniki z obravnavanimi zdravstvenimi težavami, ter da bi postala koristen, nepogrešljiv ter dragocen pripomoček pri zdravnikovem vsakdanjem delu, s pomočjo katerega bo pri obravnavi bolnika prihranil čas, sama obravnava pa bo še kakovostnejša in učinkovitejša.



Urednici:
Zalika Klemenc-Ketiš in Ksenija Tušek-Bunc

NAVODILA ZA BOLNIKE



1. KNJIGA

SIMPTOMI

Izzivi študentov medicine

Jasmina Golc, Mojca Obran

V sklopu predmeta družinska medicina se je že drugo leto zapored porodila, in po uspešnem delu tudi udejanjila, ideja o zbirki seminarских nalog študentov 2. generacije Medicinske fakultete v Mariboru, ki je svoje mesto našla v zborniku z naslovom *Izzivi družinske medicine 2009*.

Študentje 4. letnika smo napisali in predstavili seminarske naloge, v katerih smo se na različne načine dotaknili tematike in področja delovanja zdravnika družinske medicine. Vsebinski izbor je zajemal pestro področje vsakdanjika v ambulanti družinske medicine, življenja bolnikov in njihovih družin. Skozi poglobljene obravnave poljubno izbranih medicinskih tematik je tako moč spoznati osnove družinske medicine, pomen in vlogo družine v družinski medicini, v zdravju in bolezni, vlogo komunikacije, zdravnikove sodelavce, prav tako pa tudi pristop, ki ga uberemo v družinski medicini pri razreševanju zdravstvenih težav. Predvsem smo se želeli približati bolniku in postaviti v ospredje njega samega in ne le njegovo bolezen. Razmišljali smo, kaj vse mu lahko ponudimo poleg ustreznega recepta z zdravili, kako ga motiviramo in aktivno vključimo v proces zdravljenja ter kako si pridobimo njegovo neomajno zaupanje. Tako lahko zbornik služi kot študijski in učni pripomoček za sedanje in prihodnje generacije študentov ter je namenjen vsem, ki jim je privlačno področje medicine.

Nastajanje pričujočega zbornika sega v začetek študijskega leta 2009, ko se je na pobudo mentorjev prof. dr. Janka Kersnika in prim. asist. Ksenije Tušek Bunc zbrala skupina študentk in študentov, ki so bili pripravljene pripraviti seminarje za objavo. Oblikoval se je uredniški odbor v sestavi: Alenka Bizjak, glavna urednica, Viktorija Jančar, Maša Krajnc, Jasmina Rehar in Mateja Smogavec. Utečeno ekipo so predstavljali še lektorji Barbara Bonča, Sašo Duh, Marko Einfalt, Mitja Ferenc, Jasmina Golc, Andreja Golub, Nina Hebar, Barbara Ifko, Bojan Iljevec, Nataša Korade, Maja Kováč, Mojca Obran, Maja Prašnički, Mateja Prevolšek, Danijel Ščap in Darja Verbovšek. Za oblikovanje sta poskrbela Bojan Iljevec in Danijel Ščap. Naše delo je podprlo podjetje Lek, ki je prispevalo finančna sredstva za tisk obsežnega zbornika in nam tako pomagalo pri uresničitvi naše ideje.

Vsebinska plat zbornika se razprostira od obravnavanja bolezni in najpogostejših bolnikovih razvad, s katerimi se zdravnik družinske medicine srečuje vsakodnevno, od otroških in

mladostniških bolezni ter do problema evtanazije in pravice do dostojanstvene, človeka vredne smrti. Prebrati je moč o astmi, kronični obstruktivni pljučni bolezni, dispepsiji, celiakiji pri odraslih, o esencialni in sekundarni arterijski hipertenziji, o problemih bolnikov z diabetesom, nespečnosti in migreni. Pomembna je tudi seznanitev z obravnavo bolnika z Alzheimerjevo boleznijo, multiplo sklerozo ali malignim melanomom. Omenjene so problematika impotence, spremembe ob pojavu menopavze, pasti hujšanja in nehotene izgube telesne teže. Obrazloženo je doživljanje rojstva bolnega otroka, najstniške nosečnosti in prepoznavanje nasilja nad otroki. Bralca lahko pritegnejo aktualne teme o predebelem otroku, cepljenju otrok, slabi drži pri otrocih in mladostnikih ter o kajenju med mladimi in posledicah le-tega na njihovem zdravju. V zborniku se odstre pogled v življenje oseb z Downovim sindromom. Predstavljeno je soočenje mladostnikov z diagnozo Hodgkinovega limfoma. Kar nekaj strani je namenjenih problematiki staranja in vlogi zdravnika ob tem, odkrivanju samomorilnih nagnjenj starostnika in prepoznavanju domačega okolja, v katerem živi starostnik.

Ob predstavitvi naših priljubljenih tematik sošolcem smo se med drugim seznanili tudi z razsežnostmi in pojavnostjo tropskih in spolno prenosljivih bolezni pri nas, z vnetji spodnjih sečil, nalezljivimi črevesnimi boleznimi, hidričnimi infekcijami, lajmsko boreliozo, tuberkulozo in meningitisom. Ukvarjali smo se z obravnavo bolnika z bolečino v kolenu po poobremenitveni poškodbi in načinih odpravljanja ploskih stopal. Dotaknili smo se alternativnih vej medicine. Razpravljali smo o uporabi zdravil v družinski medicini, polipragmaziji, hormonskih kontraceptivih in novih možnostih zdravljenja kroničnih ran. Opisali smo prikrit, a razširjen problem svinca. Poučili smo se o shizofreniji, somatoformnih motnjah, postabortivnem sindromu in depresiji. Soočili smo se z možnostjo obstoja laži v odnosu med zdravnikom in bolnikom ter debatirali o tem, kako se je mogoče temu najenostavneje izogniti. Zamislili smo se ob predstavitvi primerne komunikacije z onkološkim bolnikom. Zanimivo je bilo spoznati okolico, v kateri bolnik preživi največ časa, in ugotoviti, kakšen vpliv ima nanj. Iskali in našli smo odgovor na vprašanje, ali so odnosi v družini lahko vir bolezni. Nenazadnje pa smo pogumno odprli tematiko nasilja in zanemarjanja v družini ter osvetlili ustrezen odziv zdravnika družinske medicine na to.

Želeli smo ustvariti izdelek, ki ga bomo vedno s ponosom vzeli v roke. Neustrašno smo se soočili s številnimi problemi, ki lahko presenetijo zdravnika na njegovem delovnem mestu, in družno poiskali veliko rešitev za njih. Ta zbornik je plod truda, vedoželjnosti, zanimanj in želja po deljenju pridobljenega znanja. Je naš prvi korak v uresničevanju svojih idej na medicinskem področju. Z njim smo pokazali, da hočemo graditi mostove zaupanja med nami samimi in v korelaciji z bolniki, saj lahko le s pravim sodelovanjem dosežemo več.



Devetdeset let slovenske splošne bolnišnice v Mariboru

II. del: Prispevek prim. Mirka Černiča o spremembah v zdravstvu med dogodki v letu 1919

Gregor Pivec, Elko Borko

Kakšno vlogo je v prelomnih dogodkih, opisanih v 1. delu prispevka o 90-letnici splošne bolnišnice v Mariboru, imelo naše zdravstvo? Prav pred kratkim sva odkrila do sedaj neznan prispevek prim. Mirka Černiča o vlogi slovenskega zdravstva v teh dogodkih. Prispevek je tako dobro napisan, da je vreden, da ga ponovno, po skoraj devetdesetih letih, v skrajšani obliki predstavimo bralcem in tudi na ta način obeležimo 90-letnico slovenske mariborske splošne bolnišnice in 90-letnico ustanovitve oddelka za očesne, ušesne, nosne in vratne bolezni

Zdravstvo v Sloveniji po prevratu in mariborska bolnica

(Članek je bil objavljen v časopisu Tabor 26. 12. 1921.)

»S političnim prevratom v novembru 1918 so se tudi zdravstvene razmere v Sloveniji korenito spremenile. Prej smo bili navezani na nikdar nam prijazni Gradec in Dunaj: tja so hodili naši medicinci študirat, tja je vlekle slovenske mlade zdravnike izpopolnjevati in specializirati, tja so hodili tudi bolniki iskat pomoči, če jim je skromna sredstva v domovini niso mogla dati v zaželjeni meri.

Prevrat pa je kar presekalo te avstrijske razmere in postavil med nas mejo. Namah smo se osvobodili nemškega jeroštva in se osamosvojili tudi v zdravstvu. Z osamosvojitvijo pa so prišle tudi težke dolžnosti: vsa skrb in odgovornost za zdravstvo je naenkrat pripadla slovenskim zdravnikom in treba je bilo temeljitih sprememb, če se je hotelo odoleti vsem potrebam in zahtevam.

Prvo se je zavedlo te spremembe Društvo zdravnikov na Kranjskem, ki je na svojem izrednem občnem zboru ob prevratu 2. novembra 1918 sklenilo, da razširi svojo organizacijo na vso Slovenijo in spremeni svoje ime v Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani. Na tistem občnem zboru in večkrat tudi pozneje je Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani opozarjalo tedanjo narodno vlado na naloge in dolžnosti, ki so nastale v zdravstvu po prevratu in se ponudilo vladi v pomoč. Po večmesečnem boju se je izvojeval Pokrajinski zdravstveni svet za Slovenijo in Istro, kot posvetovalni organ zdravstvenega odseka t. j. najvišje zdravstvene inštanice v Sloveniji, direktno podrejene ministrstvu narodnega zdravja. Temu zdravstvenemu odseku, katerega člane voli, oziroma kandidira Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani, se je priznala pravica, da sodeluje v vseh zdravniških in zdravstvenih zadevah v Sloveniji, bodisi svetovalno, bodisi iniciativno.

Na soglasni sklep Slovenskega zdravniškega društva je ministrstvo narodnega zdravja postavilo na čelo zdravstva v Sloveniji t. j.



Prim. Mirko Černič

za šefa Zdravstvenega odseka v Ljubljani dr. Ivana Oražna, moža jasnih misli in doslednega tudi v dejanjih.

Tako je po iniciativi in načrtu Slovenskega zdravniškega društva nastala organizacija zdravstva v Sloveniji: nekdanji zdravstveni oddelek deželne vlade se je reorganiziral v Zdravstveni odsek za Slovenijo in Istro, ki se je direktno podredil ministrstvu narodnega zdravja, da se tako izogne političnim izpremembam ljubljanske vlade. Temu na čelu je stopil dr. Ivan Oražen, njemu v bok pa se je postavil Pokrajinski zdravstveni svet za Slovenijo in Istro, izvoljen od Slovenskega zdravniškega društva v Ljubljani, kot posvetovalni organ.

Ta na najširšem demokratskem in strokovnem temelju osnovana organizacija zdravstva v Sloveniji – kakor je ni izvedel noben drug stan – je šla ročno na delo, ki je obsegalo vso Slovenijo. In to delo je uspelo tako, da zdravniški stan lahko s ponosom kaže nanj.

Prvi ogenj je prestala, ko se je začetkom leta 1919, pojavila v Sloveniji pegavica. Iz Rusije vračajoči se vojni ujetniki so namreč

prinesli v domovino to nevarno nalezljivo bolezen, ki se je pokazala na več krajih in zahtevala tudi svoje žrtve. Kdorkoli je za časa svetovne vojne hodil po krajih, kjer je divjala ta morilka, ve, da se razširja kot plaz, zavzemajoč vedno širše dimenzije in podirajoč vse, karkoli dostigne. Nemala odgovornost je zadela slovenske zdravnike, ko se je pojavila ta zavratna morilka v Sloveniji. In na strokovnem demokratizmu organiziranemu zdravniškemu stanu v Sloveniji se je posrečilo, da se je epidemija v najkrajšem času in z minimalnimi žrtvami zajezila in udušila.

Ta neizpodbitni uspeh je namah sankcioniral upravičenost take organizacije in ji pridobil potrebno avtoriteto, na drugi strani pa je to pozitivno uspešno vdahnilo organizaciji moč in samozavest za nadaljnje delo.

Drugi korak je šel za tem, da se doma v resnici osamosvojimo. Na najvažnejših mestih po bolnišnicah in uradih so namreč ostali izza avstrijske dobe nenašinci nezalci našega jezika – naši zdravniki pa so morali stati ob strani brez dela in kruha kot v časih našega suženjstva. Tako n.pr. je prevzela po prevratu Narodna vlada v svojo upravo samo na nekdanjem Štajerskem 7 javnih bolnišnic, v katerih ni bilo niti enega slovenskega zdravnika. In kaj pomeni to v dobi prevratnega vrenja v krajih, kjer je tuji vpliv zarezal globoko brazdo, mora presoditi zgolj tisti, ki ve, da je zdravnikovo delo podobno spovednikovi: med štirimi očmi se da marsikaj povedati in namigavati, da se neti nezadovoljnost, izpodkopuje zaupanje in ruši nova stavba, ne da bi bilo treba dajati za to odgovor. Tu je bilo treba korenite izpremembe!

In to se je izvedlo s tem, da so se vsa zdravniška mesta, ki so jih ob prevratu zavzemali tujci, nanovo razpisala. Na ta način so se slovenizirale bolnice na našem ozemlju in se dala našim ljudem prilika, da dobe delo in kruh in se svojim možnostim primerno udeležujejo. Pri tem so prišli naši najrazboritejši ljudje na površje, ker nova organizacija je podrla prejšnje metode protekcij in raznih zvez in pazila zgolj na strokovno kvalificiranost. Tudi to delo se je izvršilo na najuspešnejši način, kar nam kaže razvoj naših bolnišnic, odkar jih vodijo naši možje.

Ako se ta preokret ne bi bil dovršil v tistem času, kot se je, tedaj bi bilo ostalo vse po starem, kot se je zgodilo v nekaj malo izjemah, kjer se je to takrat zamudilo, vsled čudne slepote nekaterih naših ljudi. In kakšne bi bile posledice? Težko jih je doumeti do konca!

Ko so se tako izvedle nujne spremembe v osebju, ki so bile vsled političnega preobrata potrebne, je bilo treba misliti na velike zdravstvene probleme. Skrb za te je v glavnem pripadla državi, odnosno ministrstvu narodnega zdravja, kjer se načrtujejo dalekosežne zdravstvene ustanove in zakoni. Tudi pri teh sodeluje Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani po svojih članih v Državnem sanitetnem svetu v Beogradu.

Poglejmo sedaj, katere in kakšne spremembe v zdravstvu so se udeležile v Mariboru v tem času.

Takoj ob prevratu je Slovensko zdravniško društvo v Ljubljani opozorilo narodno vlado na pomen Maribora in mariborske bolnišnice. Že takrat se je naglašalo, da spada mariborska bolnišnica v isto vrsto z ljubljansko in da je treba ukreniti vse, da se povzdigne na višino velike, moderne bolnišnice. Kajti Maribor je bil

pred prevratom provincialno mesto tik pod Gradcem, ki je odvezmal s svojimi inštituti Mariboru vsak smeješi polet v zdravstvu, je postal drugo največje mesto v Sloveniji in s tem tudi zdravstveno središče obširnega ozemlja ob Dravi, kateremu se je priključil tudi naš del Koroške in Prekmurja. To sedaj narodno, trgovsko in politično središče tako obširnega ozemlja, je imelo ob prevratu bolnišnico s samo dvema oddelkoma, brez vsakega znanstvenega aparata. Kakor mesto samo, tako je bila bolnišnica čisto provincialna, malim razmeram prikladna, kajti vse, kar je bilo težjega in kočljivejšega, je šlo v bližnji Gradec na klinike in v sanatorije.

Naš glas o pomenu mariborske bolnišnice ni ostal glas vpijočega v puščavi. Kar se je pri denarnih sredstvih, ki so bila določena za zdravstvo v Sloveniji, moglo izvršiti, se je izvršilo. Mariborska bolnišnica se je pripoznala za istovrstno z ljubljansko, postala je državna, oziroma se vsaj prevzela z ljubljansko vred v državno upravo. Poleg že obstoječega kirurškega in internega oddelka sta se ustanovila tudi okulistični in dermatološko-venerološki oddelek, ki je v zadnjem času dobil tudi laboratorij za venerične bolnike. Bolnišnica sama se je ustanovila med tiste v državi, na kateri se lahko izvezbajo zdravniki – specialisti.

V letošnjem poletju se je uvedla v bolnišnico električna, dermatološki oddelek je dobil višinsko sonce, pomnožilo se je število sekundarskih mest, kirurški in interni oddelek sta dobila vsak svojega asistenta, ravnokar se postavlja prepotrebnih laboratorij za Röntgenov aparat, Wassermannova štacija itd.

Kar je bilo v prostorih, ki so bili preračunani samo za dva oddelka, mogoče izpeljati, smo dosegli.

Za vse druge, nič manj potrebne naprave se bo moralo pričeti zidati. Za to je treba samo denarja, ker stavbišče bolnišnice je tako obsežno, da se na njem z lahkoto postavijo vsi inštituti, ki so potrebni za veliko moderno bolnišnico. In najbolj nujni so pač: prosekura, lastna lekarna, ginekološki oddelek s porodnišnico in šola za babice, opazovalni oddelek za duševno bolne, otroška bolnica, lastna poslopja za dermatološko-venerološki in okulistični oddelek. Z vso resnostjo bo treba misliti tudi na to, da dobimo v Sloveniji epidemsko bolnišnico, ki bo imela tudi dolžnost, da organizira vse potrebno za pobijanje epidemij, ki se ravno v mariborskem ozemlju tako pogosto razširjajo; opozarjam samo na grizo in koze. Ta oddelek ne bo samo sprejemal in zdravil kužnih bolnikov, marveč bi moral v časih epidemij tudi odpošiljati epidemske kolone v kraje, ki so središče epidemije, da tako zgrabi bolezen v njenem lastnem kottišču, kar se je izkazalo v svetovni vojni za najuspešnejše, ker je v središču epidemije mogoče doznati vse vire in pota boleznih in jih z uspehom pobijati ter zajeziti.

Mariborsko bolnišnico tako čaka potemtakem še velikanski razvoj. Več ali manj je ta razvoj že pripravljen, nekaj načrtov je že izdelanih, za posamezne panoge imamo že sposobnih ljudi, drugi se pripravljajo, za nekatere bo treba poslati pripravne in sposobne mlade zdravnike v inozemstvo, da proučijo velike naprave in njihove organizacije v tujini. Pred vsem pa je potreben denar, da se začne graditi!«

Portret prof. Pavleta Kornhauserja, zdravnika pediatra, glasbenika organizatorja, publicista in še kaj – ob njegovi 85-letnici

Anica Mikuš Kos

Za svoj 85. rojstni dan je prof. Pavle Kornhauser povabil družbo kolegov in prijateljev v Mojstrano, kjer nas je pogostil s kosilom in zanimivim programom. Poslušali smo čelistko, ki je predvajala J. S. Bacha, ogledali smo si slap Peričnik, obiskali z odličnim vodičem Planinski muzej v Mojstrani in se pogovarjali in pogovarjali... Še nikoli nisem doživela tako neobičajne in vsebinsko bogate proslave rojstnega dne. Najino sodelovanje in prijateljevanje me zavezuje k temu, da zapišem nekaj o Pavletu, njegovi življenjski poti in delovanju.

Ob jubilejnim pisanju je običaj, da se najprej zapiše življenjska pot slavljence. Povedal mi je, da je bil njegov oče lekarnar, ki je kot predstavnik farmacevtskih tovarn menjal stalno prebivališče; ustalil se je v Zagrebu, ko je prevzel vodstvo tovarne zdravil. Mama je bila učiteljica klavirja, kar je zaznamovalo tudi njegovo življenjsko pot, saj bi se lahko odločil tudi za poklicnega pianista.

Že kot študent medicine na zagrebški medicinski fakulteti je poletel čez okvirje nujnega učenja za pridobitev poklica zdravnika. Bil je demonstrator na inštitutu za fiziologijo, aktivni član uredništva strokovnega časopisa *Medicinar*. Obenem se je ukvarjal s publicistiko.

Poročil se je z Aleksandro, študentko kemije, ki se je razvila v znano kemičarko na ljubljanski Univerzi, ustanoviteljico Unescovega centra za kemijske študije, nepoklicno tudi političarko, saj jo je – danes ponovno popularni – Stane Kavčič pridobil za podpredsednico njegove vlade. Aleksandra sedaj živi v Angliji.

Zdravnikovati je pričel leta 1952 kot pripravnik v ljubljanski klinični bolnišnici. Več kot 40 let je deloval kot klinični zdravnik. Predvsem se je posvetil kirurškim boleznim pri otroku in objavljaj – tudi s kirurgi – številne prispevke, tudi o »doktrini zdravljenja«, ki doslej ni obstajala v slovenskem medicinskem slovstvu. Izvoljen je bil za izrednega profesorja pediatrije Medicinske fakultete v Ljubljani.

Prvi delovni dekret je dobil za ZD Kočevje. Obenem je bil na razpisu izbran za specializacijo pediatrije, odločil se je za slednjo. Postal je, že med specializacijo, prvi stalni neonatolog v novi Mestni porodnišnici. Slučaj je hotel, da ga je takratni predstojnik Kirurške klinike, sloviti prof. Božidar Lavrič (osebni zdravnik maršala Tita), v pogovoru vprašal, ali bi kot pediater prevzel »internistične naloge« pri hospitaliziranih otrocih. Prof. Lavrič



je zastopal stališče, da je specializacija splošne otroške kirurgije »otročja«, saj naj otroka kirurško zdravi ožje usmerjen kirurg, in je v timsko delo vključil še pediatra. Za zdravljenje otroka s kirurško boleznijo zgodovinska odločitev!

V času direktorovanja Janeza Zemljariča, izredno učinkovitega menedžerja (vodil je gradnjo tudi Cankarjevega doma v Ljubljani!), je bil prof. Kornhauser imenovan za predsednika gradbenega in finančnega odbora novogradnje osrednje ljubljanske bolnišnice. Zato se je lahko uspešno vključil v načrtovanje in umestitev »otroške kirurgije« v novo stavbo. Po vrnitvi iz ZDA, kjer je spoznal pomen in dejavnost intenzivne terapije za ohranitev življenja kritično bolnih novorojenčkov in otrok, je dosegel, da so spremenili gradbene načrte in da se je zgradil sodobni center za intenzivno terapijo otrok, desetletje edini v Sloveniji. Leta 1986 je uvedel »transport k sebi« v center hudo bolnih novorojenčkov in dojenčkov iz regionalnih bolnišnic ob spremstvu pediatra in

medicinske sestre, tudi s pomočjo helikopterja.

Prof. Kornhauser je pomembno vlogo za uspešnost zdravljenja pripisal dobri organizaciji, izbiri in kakovosti sodelavcev, njihovemu zadostnemu številu. Že ob odprtju novega Pediatričnega oddelka kirurških strok leta 1974 je pridobil 10 pediatrov in čez 100 medicinskih sester. Številni med njimi so se dodatno izpopolnjevali za novo področje medicine – za intenzivno terapijo otrok. S pomočjo Fulbrightovega sklada je povabil več vodilnih »pediatričnih intenzivistov« iz ZDA, ki so bili po en mesec odlični učitelji in predavatelji. Z zadovoljstvom poudarja, da so bili verjetno edina klinika v UKC, ki ni nikoli tarnala, da ji primanjkujejo medicinske sestre! Imel je veliko srečo, da je kot svoje prve sodelavce pridobil strokovno odlične in požrtvovalne strokovnjake, še danes aktivne pediatre: Janeza Primožiča, Metko Derganc, Andrejo Gostiša, sledili so jim Silvo Kopriva, Brane Gaber, Ivan Vidmar in Štefan Grosek, če navedem le nekatere. Zapomnila sem si, da je precej let pred drugimi, kot prvi v UKC, uvedel obvezne »značke« s priimkom in navedbo stroke, da osebje ni bilo več »anonimno«.

Kot strokovnjaka ga poznamo in ga poznajo v svetu predvsem kot predstojnika Pediatričnega oddelka kirurških strok Univerzitetnega kliničnega centra, v katerem je razvil strokovno in etično odličnost delovanja in uvajanja inovacij v sistem zdravljenja, med katerimi sta najbolj pomembni vloga pediatra pri zdravljenju malih bolnikov, znana tudi v tujini kot »ljubljski model kirurškega hospitalnega zdravljenja otrok« ter »humanizacija bolnišničnega zdravljenja«.

Prvi v bivši državi je uvedel histokemijsko diagnostiko s pomočjo biopsije danke za dokaz Hirschprungove bolezni (*megacolon congenitum*). Bolniki so prihajali tudi iz drugih medicinskih središč Jugoslavije. V kliničnem centru je oblikoval in vodil komisijo za racionalno uporabo antibiotikov, na »Derčevih dnevih« je pripravil in vodil »okroglo mizo« o antibiotikih in s tega področja objavil več raziskovalnih in splošnih prispevkov.

V letih 1980/81 je opravljал naloge medicinskega direktorja Univerzitetnega kliničnega centra: ker se ni hotel »profesionalizirati« v upravi, se je raje vrnil na kliniko. V tem času je načrtoval higiensko-epidemiološko službo za bolnišnico in med ostalimi ukrepi uveljavljal načela in prakso te pomembne dejavnosti. Prizadeval si je za uveljavitev vodilne vloge ljubljanskega UKC na nekaterih področjih medicine v naši bivši državi.

Ena »stranpoti« je njegovo delovanje v zdravilišču za otroke v Šentvidu pri Stični, ki ga je prevzel leta 1960, ko so odšli grški begunci – otroci Markosovih partizanov. Postopoma se je zdravilišče razvilo v center za rehabilitacijo otrok z boleznimi srca, ki je sprejemal »revmatične otroke« iz bolnišnic bivše države Jugoslavije. Podobnega »sanatorija« tudi Evropa ni poznala. Zavod je vodil 15 let.

Pavle Kornhauser je veliki pobudnik in organizator. Pripravil in vodil je prvi Mednarodni simpozij intenzivne terapije otroka v Ljubljani leta 1981. Prvič so se zbrali »pediatrični intenzivisti« iz 47 držav sveta. Pogumno dejanje, saj doslej ni bilo niti seznama

imen teh specialistov. Klinični center v Ljubljani je postal na tem področju mednarodno znana in vodilna ustanova.

Sklical in vodil je tudi prvi evropski seminar o vzgoji in šolanju otrok v bolnišnici, na katerem so se zbrali pedagogi, pa tudi pediatri, medicinske sestre iz evropskih držav, ki so delovali v bolnišnicah, s predstavniki Unesca in SZO. Dogodek je bil veliko priznanje in vzpodbuda za bolnišnične učitelje in vzgojitelje. Na naslednjem srečanju na Dunaju, ki je že nosilo ime »kongres«, je bil prof. Kornhauser izvoljen za častnega predsednika njihove na novo ustanovljene organizacije. Danes v Sloveniji ni bolnišničnega oddelka za otroke brez vzgojitelja in učitelja. Za razvoj pediatrije in za »humanizacijo« zdravljenja otrok v bolnišnici je prejel, kot prvi pediater, iz rok predsednika države visoko odlikovanje.

Kot mlad zdravnik je bil izvoljen za predsednika Pediatrične sekcije Slovenskega zdravniškega društva in si je prizadeval za tesne strokovne in prijateljske stike med kolegi iz vse Slovenije, za sodelovanje osnovne in bolnišnične službe za otroke. Žal je socialna pediatrija danes v zatonu.

Prof. Kornhauserja so poznali pediatri celotne nekdanje Jugoslavije. S prof. Marijem Avčinom, prof. Marjanom Prodanom in prim. Henrikom Pečetom je pet let vodil Združenje pediatrov Jugoslavije. S tega položaja, pa tudi s položaja predstojnika kliničnega oddelka za otroško kirurgijo in intenzivno terapijo, si je prizadeval, da bi se slovensko znanje in izkušnje širili tudi v druge republike, pa tudi v tujino. Komuniciranje s svetom mu je olajšalo znanje tujih jezikov, saj jih obvlada – kot mi je znano – kar sedem.

Spodbudil in uresničil je prvo enoto za intenzivno terapijo otrok v Kuvajtu, ki so jo dolga leta vodili pediatri ljubljanske »otroške kirurgije«. Je pobudnik in eden najpomembnejših izvajalcev kampanje zoper telesno kaznovanje otrok. Lahko bi še in še naštevali, česa in kakšnih sprememb se je lotil z željo, da bi bilo otrokom bolje.

Deloval je na področju medicinske etike. Meni, kot strokovnjakinji za duševno zdravje otrok in kot materi in stari mami, se zdi največje etično dejanje to, kar je storil, da bi bilo otrokom v bolnišnici lažje, da bi čustveno manj trpeli. Kar je strokovno označil kot »humanizacija bolnišničnega zdravljenja«, pomeni za otroka: kratko ležalno dobo (danes poznamo »dnevno bolnišnico«!), hitro diagnostiko in racionalno terapijo, kar se da prijetno vzdušje v bolnišnici, prisotnost vzgojiteljev in učiteljev, in predvsem veliko novost v bolnišničnem režimu za otroke – prisotnost staršev ob malem bolniku podnevi in ponoči. To načelo je uveljavljal ne le v slovenskih bolnišnicah in v naši bivši državi, temveč je bil pionir tudi v kontinentalni Evropi. Na kliniki je oblikoval prvo etično komisijo, ki je sklepala ob bolniški postelji. Ker je v današnjem času v medicini, žal, bolj pomembno od tega, kako vplivaš na stvarnost življenja zdravečih se, to, kar objaviš, še informacija, da sta skupaj s prof. Balažicem, predstojnikom ljubljanskega Inštituta za sodno medicino, izdala »Deontološki zbornik«.

Z menoj je sodeloval v gibanju za »humanizacijo hospitalizacije«. Pravzaprav sem jaz sodelovala z njim. Ni psihologa ali otroškega

psihiatra v Sloveniji, ki bi toliko naredil za humanizacijo hospitalizacije otrok, kot je storil Pavle. Bolj pošteno rečeno, kar so storile »psiho stroke«, je neznatno v primerjavi z njegovimi dosežki. Poleg »trdih« strukturalnih ukrepov, kot sta uvedba vzgojiteljic in učiteljic v bolnišnice in omogočena vsakodnevna prisotnost staršev ob malih bolnikih, je izvajal tudi »mehke« dejavnosti – izobraževanje osebja o psiholoških potrebah, predstavljanje teme na številnih strokovnih srečanjih, mnoge objave v strokovnih in javnih medijih ter zlasti ustvarjanje psihosocialnega vzdušja, v katerem so se straši počutili dobrodošli in sprejeti kot partnerji v procesu bolnišničnega zdravljenja svojih otrok. Pa še raziskovali smo vpliv prisotnosti staršev v bolnišnici ob bolnem otroku na otroke, na starše in na osebje. Ena redkih stvari, ki ni bila dokončana – objavljena. Še zdaj je vsaj 10 kil papirja zapiskov in vprašalnikov v moji kleti. Nikoli ne veš, kdaj se bo Pavle spomnil, da bi to objavili...

Z Zvezo prijateljev mladine Slovenije prof. Kornhauser sodeluje desetletja, pred kratkim je kot prvi postal »častni član« te organizacije. Pred več kot 20 leti je oblikoval in vodil Forum za pravice otroka v bolnišnici, pred petimi leti Forum zoper telesno kaznovanje otroka v družini. Ta Forum je tiskal obsežni zbornik s prispevki naših vodilnih pravnikov, pedagogov, psihologov in pediatrov, pred kratkim pa je izšel ponatis knjige v angleškem jeziku.

In še nekaj besed, Pavle, o glasbi, ki je tvoja spremljevalka vse življenje. Priznam, bila sem bolj redko prisotna na koncertih, ki si jih organiziral in na katerih si tudi sam nastopal. Več sem o tvoji umetniški dejavnosti izvedela iz tvojih muzikoloških objav, priložnostnih glasbenih kritik, zlasti pa iz prispevka v lanski Izidi (november 2009) o spominih na razvoj Kulturno-umetniškega društva KC in MF dr. Lojz Kraigher (bil si njegov soustanovitelj!). Kot pianist nastopaš javno bolj pogosto kot marsikateri poklicni glasbenik! Čim starejši si, praviš, vse bolj ceniš komorno muziciranje. Brez tebe ne bi zaživela glasbena skupina Pro medico s številnimi nastopi na zdravniških kongresih, tudi v tujini. Kot sam praviš, ti glasba pomeni ne le javne afirmacije, temveč tudi intimno sprostitev in zadovoljstvo.

In zdaj, dragi Pavle, še nekaj mojih doživetij in refleksij iz najinega odnosa in prijateljstva:

Najprej bi se ti rada zahvalila za vse dobro, kar si storil v svojem življenju. Vsako dobro, ki ga katerikoli človek stori, je enako vredno. Toda nekateri ljudje imajo posebno srečo – od narave, usode in srečnega spleta okoliščin dane priložnosti, možnosti in moči, da s svojim delovanjem olajšajo ali polepšajo življenje mnogim v svojem okolju. In ti, Pavle, rojen pod srečno zvezdo, sodiš med te ljudi.

Vedno znova občudujem energijo, s katero se lotevaš uresničevanja svojih idej in projektov. Še sedaj, ko si star 85 let. Vzemimo za primer prizadevanja in kampanjo zoper telesno kaznovanje otrok. Moram reči, da v življenju nisem srečala take vztrajnosti in energije, vložene v uresničenje ideje. Res je, da si pri tem znal biti zahteven, včasih tudi neprijeten. A kaj, ko smo na koncu

vedno, ali skoraj vedno, spoznali, da si imel prav. Spominjam se, ko si me nekoč »prisilil«, da sem do 11. ure zvečer delala s teboj pri pripravi nekega strokovnega srečanja. Ko sem odšla, si bil nejevoljen, ker nisem nadaljevala. Ali pa, ko si nekega večera odnesel tašči glavne medicinske sestre pediatričnega intenzivnega oddelka šopek rož na kmetijo zunaj Ljubljane. Tašča je želela, da medicinska sestra zamenja službo, ker se ji je zdelo, da delo na tvoji kliniki preveč obremenjuje snaho in jo odteguje od družinskih obveznosti. In Pavle je pregovoril taščo in odličnem medicinska sestra je ostala v službi še desetletja na kliničnem oddelku za otroško kirurgijo. Ali, ko so me nekoč – morda pred 40 leti – vprašali na Uradu za tuje francoske štipendiste v Parizu, ali poznam *monsieur le docteur Kornhauser*. Odgovorila sem, da ga poznam. Povedali so mi, da si protestiral na Uradu, ker štipendist, mladi zdravnik (z dobrim apetitom) s tvojega kliničnega oddelka, ni imel v bolnišnici, v kateri je opravljal staž, pravice do kosila po enaki (subvencionirani) ceni kot ostalo osebje bolnišnice. Menda si opozoril Urad, da če se to ne bo uredilo, lahko pride do neprijetnosti na meddržavni ravni. In uredilo se je. Ali ko si dosegel, da je bil – zaradi napake v postopku – razveljavljen sklep ministrstva za podelitev enoletne štipendije v ZDA in je bila štipendija na naslednji seji pristojnega odbora dodeljena pediatru s tvoje klinike.

Še ta misel: za Pavleta skorajda ni nepomembnih stvari. Koliko poti je znal opraviti, koliko časa in energije je lahko vložil, da so lektor ali tiskarna popravili en odstavek ali eno besedo v tekstih, ki jih je pisal ali urejal. Ob tem me postane sram, ko se spomnim, kako hitro sem sama pripravljena reči: »Ni vredno, da se trošim za tako malenkost.«

Osebnostno sem posebej spoštovala, da je našel energijo, čas in pogum, da se je potegnil za mnogotero »pravo stvar«, ki ni bila neposredno povezana z njegovim delom, pri kateri ni bil motiviran niti z zasebnim interesom, niti z interesom zavoda, ki ga je vodil. Denimo, ko se je zavzel za pediatra iz regionalne bolnišnice na Hrvaškem, ki so ga obdolžili, da je kriv za smrt dvojčkov. Tega človeka Pavle nikoli v življenju ni srečal, ni ga osebno poznal. V bran je vzel tega zdravnika in objavil v Sobotni prilogi dnevnika Delo svoje strokovno mnenje, da brez sodobnih naprav, zlasti umetnih pljuč, v hudi dihalni stiski rešitve za oba novorojenčka ni bilo: da bi morali obtožiti direktorja bolnišnice ali ministra za zdravstvo, ker nista zagotovila medicinske opreme. Ta prispevek so nadrejeni obdolženega pediatra očitno prebrali in pediatra rehabilitirali. Zagovorniškega značaja so Pavletovi številni prispevki v strokovnih revijah ali v »pismih bralcev«, kot denimo »Svetnik, ki je sodeloval z morilci« (kritika postavitve spominske plošče v kapelici pod Triglavom hrvaškemu nadškofu Stepincu); ali podpora za vključitev partizanske bolnišnice Franja v Unescov seznam kulturne dediščine; ali »Odprto pismo direktorju Slovenske filharmonije« v zaščito glasbenikov orkestra. Sem sodi tudi celotna kampanja zoper telesno kaznovanje otrok, kateri v zadnjih letih posveča veliko časa in energije.

Že nekaj časa zori v njegovi glavi misel, predstavljena v članku »Omogočiti upokojenemu zdravniku sprejem v dom za ostarele,

če ga potrebuje« (Isis, februar 2009). Pri Zdravniški zbornici Slovenije je sprožil preklisk zvišanja članarine za upokojene zdravnike in pobudo, naj bi zbornica skrbela za svoje člane, ki so v telesni ali duševni stiski. Predsednica zbornice je podprla oblikovanje komisije za upokojene zdravnike in prof. Kornhauserja predlagala za predsednika. Kot o marsičem drugem, kar bi bilo treba spremeniti, mi je o tem govoril zavzeto, z velikim energetskega nabojem. Pravilno ali nepravilno, v njegovih pobudah sem zaznala vabilo »dajmo nekaj narediti«, četudi nikoli ni izrekel podobnih besed. In kot z mnogimi drugimi njegovimi pobudami, sem se strinjala in se obenem distancirala s prav tako neizrečeno spremeno mislijo: »Res je, Pavle, treba bi bilo nekaj narediti, toda jaz nimam energije, da bi spreminjala svet...« In potem, ko sem jaz že pozabila na vznese-no Pavletovo zamisel, se je ta pojavila kot članek, kot kampanja. Danes bi temu rekli, da je Pavle »socialni aktivist«.

Ko to pišem, se mi zdi, da je Pavle samotni bojevnik. Morda se to bere čudno. Vemo, koliko delovnih skupin, ekip, timov je ustvaril. Zna potegniti ljudi za seboj, sicer ne bi mogel udeležiti svojih idej, ampak vedno je bilo čutiti neko distanco – distanco nas bolj pritlehnih do tistega, ki je poletel.

Zna biti humoren do lastnih doživetij, kot v članku, objavljenem v Izidi (marec 2008): »Kako sem nakupoval in uspešno iztržil dobropis«. Tudi ko je bil prizadet ali če mu kaka stvar le ni uspela, se je znal odmakniti od dogajanja, nepristransko analizirati »*pro et contra*«, razumeti ljudi na nasprotni strani. Tudi ko je kritiziral, ni govoril o svojih nasprotnikih klevetno ali zlobno. Pravzaprav, ko to pišem, se zavem, da je počel prav to, kar mi »psih strokovnjaki« učimo starše, vzgojitelje, učitelje: »Ne kritizirajte ali odklanjajte otroka (človeka), kritizirajte njegova dejanja.« Pavle ni nikoli o nikomur rekel, da je slab ali pokvarjen človek. Vedno je govoril in vrednostno označil le dejanje ali delovanje.

Ideologi, inovatorji so pogosto zneseni s svojo idejo in zaradi visokih ciljev z občo vrednostjo v njihovem horizontu ni običajnih posameznikov, teh, ki jim pravimo »mali ali vsakodnevni ljudje«. Pavle je spoštoval, se zavzel, pomagal, se izpostavil, prikazal vrednost in zasluge premnogih »malih ljudi« – njemu znanih in neznanih – od roditelja, ki obiskuje svojega otroka v bolnišnici, medicinske sestre na oddelku, ki se je znašla v stiski, do kolegov – velikih »malih« ljudi, brez akademskih naslovov. Razmišljanja ob smrti kolegice Marije Bocak Kalan in njeni knjižici pesmi (Zdravniški razgledi) ter intervju z njo (Isis, oktober 2003) dobro pokažejo, kako je znal povzdigniti »malega« velikega človeka.

Pavle, pravzaprav si tudi mene »odkril«. Po tvoji zaslugi sem dobila naziv »primarij«. Ne da bi mi sam naziv kaj dosti pomenil, ampak lepo ti je, če kdo prepozna vrednost tvojega strokovnega dela. In seveda, nazivi, položaji odpirajo možnosti za uresničevanje zamisli.

Ko razmišljam o svojem odnosu do Pavleta Kornhauserja, odkrivam, da mu malo zavidam pamet, vizionarstvo in to, koliko je pripravljen in zmore storiti za uresničenje svojih zamisli in namer.

Dragi Pavle, nedavno si mi rekel: »Od življenja ne pričakujem ničesar posebnega več. Zadovoljen sem z lastno kvaliteto življenja«. Pojasnil si mi, da se človek mora zavedati, kakšne so njegove

psihofizične zmogljivosti, in ne terjati od organizma več, kot zmoreš, in tudi ne od okolja, v katerem živiš, več, kot ti je pripravljeno nuditi. Od daleč opazujem tvoj vsakdan: srečen si z Andrejo, odlično pediatrinjo, tvojo bivšo asistentko na kliniki, s katero si poročen že skoraj 20 let. (Sicer praviš, da si kot predstojnik zagovarjal stališče »ljubezen na kliniki med sodelavci ni zaželena«, in temu načelu se nisi odpovedal, saj sta se z Andrejo zblížala šele, ko si se upokojil...). Srečen si, da je tvoja hči Lili znana neonatologinja in da se je eden od vnukov, Andraž, posvetil medicini, drugi, Matej, pa pravu. In še vedno, nič manj kot poprej, najdeš veliko, veliko zadovoljstva v javnem delovanju.


Četudi sam ne gojiš »posebnih pričakovanj« za prihodnost, pa nas je veliko, ki pričakujemo od tebe, da boš še bogatil življenje ljudi s svojo človečnostjo, pametjo in energijo.

Slovenian Association of Friends of Youth

*Forum against Corporal Punishment
of Children in the Family*

edited by Pavle Kornhauser

**YOUTH WITHOUT
CORPORAL PUNISHMENT
FOR OUR CHILDREN**



*Every slap, smack on the bottom
or other form of physical or psychological
violence against children constitutes
a violation of children's rights.
Bring up your children without
corporal punishment!*

Naslovnica ponatisa knjige o pravicah otroka v angleškem jeziku, ki je bila predstavljena na mednarodni konferenci Sveta Evrope zoper nasilje nad otrokom oktobra 2009 v Ljubljani. Knjigo je založila Zveza prijateljev mladine Slovenije, tisk so finančno omogočili Ministrstvo za zunanje zadeve, Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve ter predstavništvo Sveta Evrope v Ljubljani.

Bil je nepozaben večer...

30-letnica zbor *Vox medicorum* – od »okteta z napako« do zbor
Tomaž Rott

Že prihajanje poslušalcev z vrečkami z bližnjega knjižnega sejma je dokazovalo, da se zbira publika, ki ljubi in izkoristi čas za obisk različnih kakovostnih kulturnih prireditev. In to je 30-letnica zbor *Vox medicorum* tudi zares bila. Bil je res lep in prijeten večer, ki sta ga izpolnjevala odlično petje in nepozabno vzdušje spremljajočega prijateljskega sozvočja pevcev in poslušalcev, ki so v nedeljo, 29. novembra 2009, povsem napolnili atrij Mestnega muzeja v Ljubljani z nepričakovano dobro akustiko. Morda bi potrebovali še čarovnika, da bi prostor nekoliko povečal za vse stoječe poslušalce.

Korenine sedanjega zbor segajo tudi preko 40 let nazaj, saj so ga v začetku sestavljali nekdanji pevci akademskega pevskega zbor Tone Tomšič iz časa dirigentov Marka Muniha, Jožeta Fürsta in Jerneja Habjaniča. Pevci so na pobudo ustanovitelja in kasneje dolgoletnega vodje Matjaža Vrtovca sestavili mešani Medicinski oktet v prvotni sestavi: sopranistki Tonja Gomzi in Damjana Pavlin, altistki Darinka Slivnjak in Barbara Tomšič, tenorista Rajko Brglez in Tomaž Rott ter basbaritonista Matjaž Šinkovec in Matjaž Vrtovec. Prvič so nastopili 26. novembra 1979. Oktet velikokrat ni nastopal v svoji osnovni zasedbi, tako da je včasih nastopilo le šest pevcev (kar bi bilo zelo nerodno ob prepevanju polifone osemglasne skladbe), včasih pa tudi dvanajst. Zato so ga poimenovali »oktet z napako«. Leta 1991 je sledilo bolj razumljivo in sprejemljivejše preimenovanje v vokalno skupino *Vox medicorum*. Danes zbor sestavlja 17 zdravnikov, stomatologov in drugih zdravstvenih delavcev. Začetno umetniško vodenje zbor Matjaža Vrtovca je kmalu pričel mentorirati in kasneje tudi voditi že uveljavljeni dirigent Milivoj Šurbek, od leta 2000 je zbor vodila Judita Cvelbar, od pozne jeseni 2002 pa priznani zborovodja Tomaž Faganel. Organizacijsko so za zbor skrbeli glasbeni vodje, od leta 2000 pa predsednica zbor Polonca Mali.

V zboru se je v tridesetih letih izmenjalo več kot 70 pevk in pevcev, ki so v 30 letih na več kot 500 nastopih izvedli najmanj 200 skladb širokega slogovnega razpona iz slovenske in evropske glasbene zakladnice, od renesančnih do sodobnih skladateljev. Poleg nastopov doma se je uspešno predstavil tudi v tujini (npr. v Maison de l'Europe v Parizu, v Italiji in na Madžarskem). Leta 1993 je zbor na državnem pevskem tekmovanju Naša pesem prejel bronasto priznanje. Do sedaj je posnel kaseto in dve zgoščenki z uspešnicami svojih sporedov.



Jubilejni koncert ob 30-letnici zbor *Vox medicorum* pod vodstvom Tomaža Faganela v atriju Mestnega muzeja v Ljubljani

Praznovanje ob 30-letnici je zbor pričel s spevno pesmijo Hipokratova prisega skladatelja I. Florjanca, ki je mogočno slovesno odmevala v prostoru. Po pesmi Ej tedaj (B. Ipavec) je prisrčno zazvenela redko izvajana prijetna pesem Zlata kanglica (A. Schwab). Zahtevnejši del sporeda so predstavljale skladbe Ecce, mormorar l'onde (C. Monteverdi), Musica noster amor (J. Gallus), Sanctus (G. Rossini) in mogočna Bogoroditse Djevo (S. Rahmaninov).

Po premoru je Jože Osterman z Javnega sklada za ljubiteljsko kulturno dejavnost Republike Slovenije podelil Gallusova priznanja pevcem za dolgoletno prepevanje, ki so tako omogočili ohraniti kvalitetno kontinuiteto zbor: bronasto Gallusovo značko za več kot 5-letno udejstvovanje Lučki Kovač, srebrno za več kot 15-letno Mojci Božič, Petru Casermanu, Polonci Mali, Moniki Pavček, Luciji Šarc, Romanu Vahčiču, Mateji Vilar in Jerneji Tasič, zlato za več kot 25-letno Pavlu Berdeno, Nevenki Bratanič, Juditi Cvelbar in Gregorju Tratarju (ob 25-letnici zbor pa so jo že prejeli Marjanca Čuk, Darko Kovač, Matjaž Šinkovec in Primož Jovan). Častno Gallusovo značko za izjemno dolgoletno delo sta prejela Janko Premelč in Matjaž Vrtovec.

Predsednica KUD-a MF in KC dr. Lojz Kraigher, Zvonka Zupanič Slavec, pa je podelila grafično lepo oblikovane diplome društva Primožu Rodetu (v njegovem imenu jo je prejela žena Marjeta Tomažič), ki je kot nekdanji direktor KC med drugim podprl tudi oktet pri nabavi oblek in izdaji prve zgoščenke, zaslužnima članicama zbor Juditi Cvelbar in Poloni Mali ter za že

večletno nesebično prostovoljno delo z zborom sedanjemu dirigentu Tomažu Faganelu.

Nato pa je Matjaž Vrtovec predstavil že zgoraj omenjene »veterane«, najstarejšo pevsko zasedbo, ki sedaj vsi delujejo kot zdravniki na različnih področjih. Verjetno med njimi najstarejši, T. Rott, oblečen v ustrezno, 33 let staro »veteransko« (še vedno dobro ohranjeno poročno) obleko, se je organizatorjem zahvalil za povabilo in med drugim rekel: »... Glede na začetne improvizacije nisem pričakoval, da se bo leta 1979 rojen otrok skobacal iz plenic in zrasel v zrelega tridesetletnika... Pevci ste lahko ponosni, saj glede na prelom stoletij in tisočletij ne delujete le 30 let, ampak kar dve stoletji oz. dve tisočletji«. Dejal je še, »da vsi dobri pevci vedo, da je za dobro usklajeno petje potrebno medsebojno poslušanje svojih sopevcev, kar jih verjetno kasneje povezuje tudi kot iskrene prijatelje za vse čase...« in je moral prekiniti s svojim pozdravom, ker so ga preplavila čustva. Veterani pa so z zapeto pesmijo dokazali, da imajo še dobro ohranjene in mlajšim konkurenčne glasove.

Zbor je nadaljeval spored s prelepimi Štirimi slovaškimi pesmimi B. Bartoka, otožno koroško Še rožce so žalvale (prir. V. Mirk), razgibal poslušalstvo z duhovito Pesmijo o rojstvu F. Leder-Lesičjaka (prir. L. Kramolc) in igrivo belokranjsko Igraj Kolce (prir. J. Jež). Sledile pa so še ljudska iz Roža Luba vigred se rodi (prir. L. Lebič), Koroška ljubezen (prir. D. Močnik) in za zaključek tržaška Škrinja orehova (prir. U. Krek). Čeprav so mi pri zborih pri srcu predvsem *a cappella* priredbe, pa je nujno klavirsko spremljavo pri nekaterih pesmih suvereno odigrala akademska glasbenica in zdravnica Polona Maver. Ob koncu rednega sporeda in po obveznem dodatku so vsi sedanji in nekdanji pevci zapeli dve včasih tudi v APZ-ju priljubljeni pesmi. Slovesno vzdušje so poleg starih pevcev in prijateljev ter poznavalcev zbora počastili s svojo prisotnostjo tudi skladateljki akademik Lojze

Lebič, Jakob Jež in Ivan Florjanc, katerih spevna, a tudi zahtevna dela je zbor suvereno predstavil.

Obletnica zbora je skorajda sočasna (s tridnevnim zamikom) s tridesetletnico KUD-a. Pevci so ob tej priložnosti pripravili že drugo odlično in lepo oblikovano zgoščenko, na kateri je več pesmi, ki so jih predstavili na koncertu. Dolgoletna pevska »rutina« z resnim delovnim pristopom pod vodstvom priznanih dirigentov je privedla do kultiviranega petja, ki se zrcali tudi z zadnje zgoščenke. Vsi, ki pa smo v živo spremljali jubilejni koncert, smo lahko občudovali interpretativne sposobnosti relativno majhnega zbora z velikimi dinamičnimi razponi in intonančno čistostjo v slogovno raznovrstnem programu.

Ob koncu bom izrekel, kar mi ni uspelo dokončati na prireditvi: »Vox medicorum je ansambel, ki kot roža kljub neizbežni starostni ovenelosti ob skrbnem varovanju in negovanju s prihodom novih mladih pevcev ohranja vonj in svežino barv. Zahvaljujem se za nepozaben umetniški večer pevcem in pianistki in predvsem subtilnemu dirigentu Tomažu Faganelu, vsem bivšim pevcem in poslušalcem pa za prijetno, sproščeno prijateljsko in tudi nostalgično vzdušje«. In to se je nadaljevalo v pevskem druženju še nekaj ur po končanem koncertu. Zavesa res ni padla, so pa pomenljivo postopoma ugašale in ugasnile luči... do prihodnjega snidenja.

Bil je res lep in prijeten večer..., da bi se tako spontano še večkrat ponovil...

P. S. Še kot pevec Kvinteta dr. Janez Plečnik ali Medicinskega okteta, ki delujeta v KUD-u dr. Lojz Kraigher, sem se včasih počutil kot pripraven in zaželen uslužnostni servis ob raznovrstnih prireditvah na Medicinski fakulteti in v Kliničnem centru, žal ob visokem in svečanem jubileju zbora Vox medicorum na koncertu nisem prepoznal predstavnikov teh ustanov.



Pevci prvotnega Medicinskega okteta danes: od leve v prvi vrsti sopranistki Tonja Gomzi in Damjana Pavlin, altistki Darinka Slivnjak in Barbara Tomšič, tenorista Tomaž Rott in Rajko Brglez ter basbaritonista Matjaž Šinkovec in Matjaž Vrtovec

Jerneja Jezernik: Alma M. Karlin – državljanka sveta

Marjan Kordaš

Mladinska knjiga, Ljubljana, 2009, 231 + 1 str.

Medtem ko pekla prav gotovo ni, dopuščam možnost, da nebesa so. In če je tako, si predstavljam Almo Karlin, kako odondod gleda dol na solzno dolino in se sprašuje, kaj za božjo voljo je treščilo v Slovence, da v mesecu oktobru leta Gospodovega 2009 skoraj ne mine dan, ne da bi v časopisih, na televiziji, na filmu, v muzejih... enkrat ali večkrat na dan omenili njeno ime. Domnevam, da Almi Karlin ta dogajanja v sedanjem nebeškem svojstvu ne pridejo do živega. Morda pa se sprašuje, zakaj Slovenci tega niso počeli takrat, ko je še živela?

Imel sem srečo, da sem že lani prebral Almino knjigo *Smrtonosni trn* (Mladinska knjiga, Ljubljana 2007; prevod J. Jezernik). Medtem ko mi zgodba ni bila kdo ve kako všeč, me je zelo pritegnila spremna beseda prevajalke. Začel sem se spraševati, kakšna ženska je bila Alma Karlin, da se je leta 1919 odpravila na pot okoli sveta – v takratnih pustolovskih potovalnih razmerah ter v razsulu neposredno po koncu prve svetovne vojne. Za iskanje odgovorov sem kmalu potem, ko je knjiga izšla, šel tudi na njeno predstavitev v Ljubljani (12. oktober 2009, Slovenski etnografski muzej) in v Celju (16. oktober 2009, Muzej novejšje zgodovine Celje).

Kdor se bo lotil te izjemno lepe knjige, mu svetujem, naj si na str. 223–231 najprej ogleda Almino bibliografijo (Objavljena dela; Almina berlinska zapuščina; Almina ljubljanska zapuščina: pesmi; proza; romani; krajša proza; kratke zgodbe in članki za časopisno objavo; zgodbe 1931–1940; zgodbe in časopisni članki; etnografski članki; dramatika; leksika; avtobiografsko gradivo; pisma Thei Gamelin-Schreiber; slike rastlin in herbarij; notno gradivo in zapisi sanj). Potem je najpametneje knjigo prelistati, si ogledati slike ter prebrati legende. In končno globoko vdihniti in na str. 7 začeti brati...

Knjiga je razdeljena na 17 poglavij. Večina besedila (187 strani) je namenjena rekonstrukciji ter analizi življenja in dela Alme Karlin. In ko bralec tuhta o Almi, skoraj ne opazi velikanskega dela, ki ga je avtorica vložila v zbiranje podatkov ter njihovo analizo.

Ker cenim prismuknjene ljudi, sem si pač rekel, »da knjigo o prismuknjeni ženski zna napisati le prismuknjena ženska«. Na str. 165 avtorica navaja, da je Alma okoli sveta potovala v času, ko so lahko

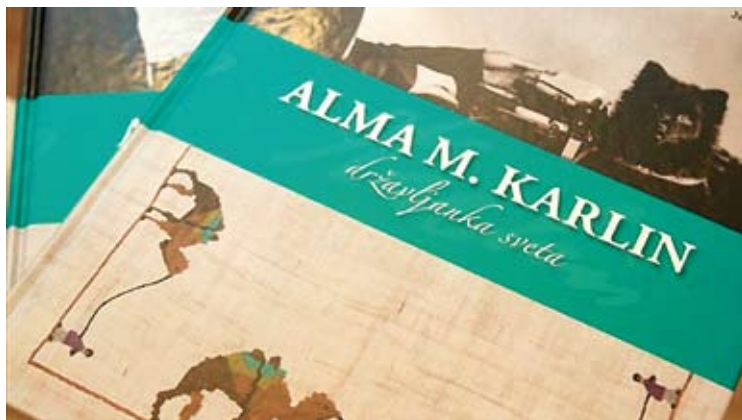
»... žensko razglasili za duševno bolno, jo oropali vseh državljanskih pravic in izključili iz družbe, če je bila nagnjena k nenavadnemu obnašanju: branju, pisanju, zavračanju zakona, potovanju...«.

V tej kratki predstavitvi se nočem ubadati z vsebino. Hočem si odgovoriti na dve vprašanji:

1. Kakšno (žensko) identiteto je imela Alma Karlin?
2. Kakšen pomen pri njeni identiteti je imel jezik?

Ad 1) Alma Karlin je očitno bila *normalna* zdrava ženska, žal zaradi ozkih provincialnih celjskih razmer hudo zaznamovana s svojo precej opazno telesno hibo. Zato ter zaradi odpora, da bi bila moškemu rodilna naprava, se je iz teh razmer iztrgala. V nekem smislu je na potovanju okoli sveta prišla izpod dežja pod kap, a je vzdržala. In – četudi jo je vseskozi mučilo, da ni mogla najti moškega, ob katerem bi bila mogla izpolniti ali vsaj dopolniti svojo spolno identiteto – je v nemogočih razmerah s pisanjem iztržila največ, kar je bilo mogoče.

Ad 2) Alma se je – nemško govorečim staršem – rodila kmalu potem, ko je zaradi uvedbe slovenskih paralelk na gimnaziji v Celju padla Taaffejeva vlada na Dunaju. Odraščala je v »večinsko« nemškem okolju – leta 1910 je Celje imelo 6919 prebivalcev, od tega se jih je skoraj 67 odstotkov imelo za Nemce. V času Alminega potovanja, tj. v času Kraljevine Jugoslavije, pa je okolje nenadoma postalo »večinsko« slovensko (leta 1921 je Celje imelo 7756 prebivalcev, od tega se je le še 9 odstotkov imelo za Nemce). (1) Četudi je znana zloraba statistike (2), je bilo Celje očitno (še vedno) dvojezično mesto, v katerem je izhajal časopis Cillier



Zeitung (1919–1929). Pri svojih menda številnih predavanjih v Celju je Alma vedno predavala v nemščini. V nemščini tudi enkrat v nabito polni dvorani celjske Slovenske matice. A potem je menda iz Ljubljane v Celje prišla kritika, češ, da v okviru Slovenske matice predavanje v nemščini nikakor ni primerna reč... (!)

Presenetljiva, a hkrati logična se mi zdi tale Almina izjava (str. 161): »... jaz sem človek brez naroda. V teh mesecih se mi je razodelo, da bom za Slovence vedno tujka in da drugače ne more biti. Moja materinščina je nemščina, trideset let sem bila Avstrijka. /.../ Zdaj sem samo še državljanica sveta.«

Jezik, če je dovolj razvit, omogoča abstraktno razmišljanje. Vendar je jezik bistven tudi za razvoj socialne identitete, za pripadnost skupnosti. Alma Karlin se je odpravila na pot okoli sveta zato, ker v svoji (nemški) skupnosti ni mogla udeležiti svoje spolne identitete. Ni je našla tudi na tej *svoji* poti. In ko se je vrnila v rodno Celje, je bila njena (nemška) skupnost drugačna kot prej, tako da ni mogla (več) udeležiti tudi svoje socialne (sicer nemške, vendar odločno protinacistične) identitete. Menda je Alma – poliglotka – proti koncu svojega življenja obžalovala, da se ni naučila slovenščine. A tudi če bi se je bila naučila, je malo verjetno, da bi se integrirala. Tudi zato, ker je bila v Sloveniji zaradi svoje materinščine vse do svoje smrti potisnjena v popolno anonimnost.

Janko Kos v svojem znamenitem delu *Duhovna zgodovina Slovencev* ugotavlja, da se je na Slovenskem

kultura začela razvijati takrat, ko so posamezniki (ki so govorili slovensko, nemško ali italijansko) odšli v šolo v tujino ter se potem vrnil domov, da bi ustvarjali *doma*. Se pravi, ne jezik, temveč *vrnitev domov* je bilo tisto, kar je bilo pomembno za kulturo.

Po koncu svojega potovanja Alma Karlin ni odšla v Nemčijo – kjer je bila slavna – temveč se je *vrnila domov* v Slovenijo, v Celje. Ker pa je pisala v nemščini, ji tega naša *slovenska zaplankanost* takrat ni odpustila.

Za Valvasorja – ki je pisal v nemščini – je skoraj samoumevno, da je »naša«. Smo že presegli slovensko zaplankanost? Je končno napočil čas za spoznanje, da je tudi Alma Karlin »naša«?

Opombe:

(1) Skupina avtorjev: »*Nemci na Slovenskem*. Zbornik, Znanstveni inštitut Filozofske fakultete, Ljubljana, 1998 (str. 63).

(2) Nečak D in soavtorji: *Slovensko-avstrijski odnosi v 20. stoletju / Slowenisch-österreichische Beziehungen im 20. Jahrhundert!*. Oddelek za zgodovino Filozofske fakultete, Ljubljana 2004. **Opomba:** po tem viru je leta 1910 Celje imelo 4625 prebivalcev, od tega se jih je imelo skoraj 67 odstotkov za Nemce. V letu 1921 je (zaradi izseljevanja?) Celje imelo 859 (!) prebivalcev, od tega se jih je le še 11 odstotkov imelo za Nemce (str. 149).



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

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
7. ob 14.00 • MOTNJE POŽIRANJA IN HRANJENJA PRI OTROKU Z RAZVOJNO NEVROLOŠKO MOTNJO podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča	ni omejeno	seminar, namenjen pediatrom, fiziatrom, razvojnim pediatrom, logopedom, delovnim terapevtom, fizioterapevtom, psihologom, specialnim pedagogom, medicinskim sestram, strokovnim sodelavcem v šolah in vrtcih, ki se v svoji praksi srečujejo z otroki z razvojno nevrološko motnjo	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, asist. mag. Katja Groleger Sršen, dr. med.
8. ob 9.00 • OCENJEVANJE MOTENJ POŽIRANJA IN LESTVICA ZA RAZVRŠČANJE OTROK Z MOTNJAMI POŽIRANJA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, predavalnica, IV. nadstropje	40	delavnica je namenjena logopedom, delovnim terapevtom, medicinskim sestram, pediatrom, fiziatrom, razvojnim pediatrom, strokovnim sodelavcem v šolah in vrtcih, ki se v svoji praksi srečujejo z otroki z motnjo požiranja in hranjenja	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - Soča, asist. mag. Katja Groleger Sršen, dr. med.
8. ob 14.00 • DEBELOST PRI OTROCIH IN MLADOSTNIKI – DOKTRINARNI PRISTOP			
LJUBLJANA Pediatrska klinika, Bohoričeva 20	ni omejeno	Strokovno srečanje Združenja za pediatrijo	SZD - Združenje za pediatrijo
8.–9. ob 8.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58	60	učna delavnica, namenjena mentorjem v družinski medicini	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., doc. dr. Marija Petek Šter, dr. med.
21.–23. • PRVI NADALJEVALNI TEČAJ MEDICINSKE HIPNOZE Z NASLOVOM: OBLIKOVANJE HIPNOTSKIH SUGESTIJ NA PRIMERIH KREPITVE EGA podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Zdravniška zbornica Slovenije, Dalmatinova 10	16 do 20	prvi nadaljevalni tečaj medicinske hipnoze, tečaj je namenjen zdravnikom, psihologom in medicinskim delavcem	Društvo za medicinsko hipnozo Slovenije (DMHS)
22.–23. ob 8.30 • ISKANJE ODLIČNOSTI V IVF: PRAKTIČNI PRISTOP podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Kongresni center Hotel Habakuk	200	Evropsko združenje za humano reprodukcijo in embriologijo (ESHRE, Special Interest Group »Embryology«) v sodelovanju z Univerzitetnim kliničnim centrom Maribor in Slovenskim društvom za reproduktivno medicino, prof. dr. Veljko Vlaisavljevič, dr. med., doc. dr. Borut Kovačič, univ. dipl. biol.	simpozij je namenjen ginekologom, kliničnim embriologom, genetikom in vsem, ki se ukvarjajo z reproduktivno medicino in biologijo. Pridobljeno znanje bo v pomoč zdravnikom pri iskanju najboljših načinov zdravljenja neplodnosti in tistim strokovnjakom, ki se pripravljajo na izpit za pridobitev evropskega certifikata za starejšega oziroma kliničnega embriologa

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave in informacije: ga. Vesna Grabljevec, T: 01 475 82 43, 01 475 82 53, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	60 EUR	***
prijave: Vesna Grabljevec, Tajništvo Klinike, T: 01 475 82 43, 01 475 82 53, F: 01 437 20 70, E: vesna.grabljevec@ir-rs.si	100 EUR (z DDV)	***
informacije: KOOKIT, Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana, Nevenka Lepin, E: nevenka.lepin@kclj.si	kotizacije ni	***
prijave in informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	v postopku
prijave do 15. 12. 2009 na E: drustvo.medicinska.hipnoza@gmail.com ali T: 01 516 14 12, 051 386 138	200 EUR	***
prijave: ESHRE, Meerstraat 60, 1852 Grimbergen, Belgium, T: 0032 2 269 09 69, F: 0032 2 269 56 00, E: info@eshre.com, W: www.eshre.com, informacije: Suzana Knuplež, UKC Maribor – Oddelek za reproduktivno medicino in ginekološko endokrinologijo, T: 02 321 24 60, E: suzana.knuplez@ukc-mb.si	člani ESHRE 150 EUR, nečlani ESHRE 200 EUR, študenti, člani ESHRE 70 EUR, študenti, nečlani ESHRE 100 EUR	v postopku

STROKOVNA SREČANJA

JANUAR 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
29.–30. • ŠOLA KOSTNE DENZITOMETRIJE			
LJUBLJANA Univerzitetni klinični center	30 (20 zdravnikov + 10 operaterjev DXA)	učna delavnica je namenjena zdravnikom, DMS, zdr. tehnikom	Slovensko osteološko društvo, doc. dr. Tomaž Kocjan, dr. med.
29. ob 9.00 • KOMUNICIRANJE Z LAIČNO JAVNOSTJO V ZDRAVSTVU			
DOMŽALE Knjižnica Domžale, Cesta talcev 4, Domžale	25	interaktivni komunikacijski seminar je namenjen vsem zdravnikom	Urednica, odnosi z javnostmi, d.o.o., Damjana Pondelek
30. ob 9.00 • 2. KORAK NAPREJ V EHOKARDIOGRAFIJI podroben program na spletni strani zbornice			
ŠMARJEŠKE TOPLICE	ni podatka	strokovno srečanje	Združenje kardiologov Slovenije, Delovna skupina za ehokardiografijo

FEBRUAR 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
1. • PRAKTIČNA DERMATOLOGIJA 1. IN 2. DEL: (1. del – AKNE, ROZACEA IN SEBOROIČNI DERMATITIS, 2. del – KRIOTERAPIJA IN LASERJI – z delavnicami)			
LJUBLJANA UKC Ljubljana	120	podiplomski seminar za zdravnike in specializante družinske medicine, pediatrije, dermatologije in druge zainteresirane zdravnike	Eroica, d.o.o., prof. dr. Miloš Pavlovič
4. ob 15.30 • VODENJE KRONIČNEGA BOLNIKA: SRČNO-ŽILNE BOLEZNI podroben program na spletni strani zbornice			
MARIBOR Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, multimedijaska predavalnica, VI. nadstropje, Vošnjakova 2–4	60	učna delavnica je namenjena zdravnikom družinske medicine	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Združenje zdravnikov družinske medicine, ZD dr. Adolfa Drolca Maribor, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med.
5. ob 9.30 • 32. IATROSSKI ALPE–JADRAN – POSVETOVANJE ŠPORTNE MEDICINE IN SMUČARSKO TEKMOVANJE ZDRAVNIKOV DEŽEL ALPE–JADRAN podroben program na spletni strani zbornice			
KRANJSKA GORA	ni omejeno	posvet in smučarsko tekmovanje	Zdravniško društvo IATROS
5.–6. ob 8.30 • 26. UČNE DELAVNICE ZA ZDRAVNIKE DRUŽINSKE MEDICINE: MEDIKALIZACIJA podroben program na spletni strani zbornice			
STRUNJAN Zdravilišče Strunjan	60	učna delavnica, namenjena mentorjem v družinski medicini	Katedra za družinsko medicino Univerze v Ljubljani, Katedra za družinsko medicino Univerze v Mariboru, Združenje zdravnikov družinske medicine, prof. dr. Janko Kersnik, dr. med., asist. mag. Davorina Petek, dr. med.
5.–6. ob 18.00 • 8. MEDNARODNI SIMPOZIJ: POTAPLJANJE IN POTAPLJANJE ZA LJUDI S POSEBNIMI POTREBAMI (AST 2010) podroben program na spletni strani zbornice			
ZREČE Terme Zreče, Hotel Dobrava	ni omejeno	strokovni posvet je namenjen vsem zdravnikom (5. 2. 2010 – okrogla miza za strokovno javnost)	Mednarodna zveza društev IAHD Adriatic, dr. Petar J. Denoble, dr. med.
19. ob 9.00 • CEDENS – XVI. DAN CELJSKEGA ZOBOZDRAVSTVA podroben program na spletni strani zbornice			
CELJE Narodni dom Celje, Trg celjskih knezov 9	ni podatka	strokovno srečanje za vse zobozdravnike	Društvo zobozdravstvenih delavcev Celje

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: dxasola@gmail.com, informacije: podroben program šole in navodila za prijavo bodo objavljeni na www.endodiab.si	200 EUR	***
prijave: http://www.urednica.si/prijavnica.html, T: 041 773 540, E: info@urednica.si	169 EUR + DDV	***
prijave: Saša Radelj, Združenje kardiologov Slovenije, Ulica stare pravde 6, Ljubljana, T: 01 434 21 00 ali E: sasa.radelj@kclj.si	50 EUR, plačilo na račun ZKS ali ob registraciji	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: DCP, d.o.o., Parmova 53, Ljubljana, F: 01 436 48 66, informacije: T: 01 436 63 30, F: 01 436 48 66, E: info@dcp.si	predvidoma 200 EUR	***
informacije in prijave: ga. Anka Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, E: kdrmed@mf.uni-lj.si, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10	kotizacije ni	***
do 1. februarja 2010 na naslov: Franci Koglot, dr. med., Bolnišnica Nova Gorica, 5290 Šempeter pri Gorici, T: 041 775 705, ali E: melitamakuc@gmail.com	tek 30 EUR, vsl. 50 EUR, skupaj tek in vsl. 60 EUR, spremljevalci 15 EUR na TR Zdravniško društvo IATROS, TR: 04750-0001224094	***
prijave in informacije: ga. Ana Artnak, Medicinska fakulteta, Katedra za družinsko medicino, Poljanski nasip 58, 1104 Ljubljana, T: 01 438 69 15, F: 01 438 69 10, E: kdrmed@mf.uni-lj.si	kotizacije ni	8
prijave: E: info@iahd-adriatic.org, branko.ravnak@siol.net, informacije: W: http://www.iahd-adriatic.org/diving-ast/, Branko Ravnak, Alenka Fidler, T: 031 342 855, 031 625 729, E: branko.ravnak@siol.net	50 EUR do 25. 1. 2010, 60 EUR po 25. 1. 2010, 80 EUR na dan simpozija, za upokojene zdravnike in študente je kotizacija simbolična	***
informacije: Nikola Potočnik, dr. dent. med., Mestni trg 5, 3310 Žalec, T: 03 571 60 44, E:nikola.potocnik@siol.net	100 EUR na TRR: DZD Celje, 06000-0052407750, za Cedens	***

STROKOVNA SREČANJA

MAREC 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
5.–6. ob 12.30 • VI. ŠOLA ANTIKOAGULACIJSKEGA ZDRAVLJENJA			
LJUBLJANA Slovensko zdravniško društvo, Dalmatinova 10	25	podiplomski seminar je namenjen vsem zdravnikom	Sekcija za antikoagulacijsko zdravljenje in preprečevanje tromboemboličnih bolezni, Alenka Mavri
5.–6. ob 8.00 • 4. MEDNARODNO SREČANJE ZA REFRAKTIVNO KIRURGIJO			
LJUBLJANA Hotel Union, Miklošičeva 1	100	strokovno srečanje je namenjeno oftalmologom	Društvo za razvoj minimalno invazivne kirurgije, mag. Kristina Mikek, dr. med., Vesna Morela, dr. med.
11.–13. ob 9.00 • XI. PODIPLOMSKA ŠOLA BOLEZNI LEDVIC IN ARTERIJSKA HIPERTENZIJA			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	ni omejeno	podiplomska šola z učnimi delavnicami je namenjena zdravnikom splošne medicine, specialistom interne medicine, internistom	Slovensko zdravniško društvo, Slovensko nefrološko društvo, doc. dr. Damjan Kovač, dr. med.
18.–19. ob 9.00 • 45. PODIPLOMSKI TEČAJ IZ KIRURGIJE – KIRURŠKI DNEVI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	50	podiplomski tečaj je namenjen specialistom kirurgije, sekundarijem	Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Združenje kirurgov Slovenije, asist. dr. Anže Kristan, dr. med.
26.–27. ob 16.00 • 21. ZBOR ZASEBNIH ZDRAVNIKOV IN ZOBOZDRAVNIKOV SLOVENIJE			
OTOČEC konferenčna dvorana Šport hotela na Otočcu	250	srečanje je namenjeno zasebnim zdravnikom in zobozdravnikom	Strokovno združenje zasebnih zdravnikov in zobozdravnikov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije
26.–27. ob 9.00 • INFEKTOLOŠKI SIMPOZIJ 2010 – NOVOSTI V INFEKTOLOGIJI, OKUŽBE PRI STAROSTNIKI podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA UKC Ljubljana, predavalnica 1	ni omejeno	simpozij je namenjen vsem zdravnikom	Sekcija za kemoterapijo SZD, Katedra za infekcijske bolezni in epidemiologijo MF, Klinika za infekcijske bolezni in vročinska stanja UKC Ljubljana, prof. dr. Bojana Beovič, dr. med.
26.–27. ob 8.30 • 21. DNEVI REHABILITACIJSKE MEDICINE: Z DOKAZI PODPRTA REHABILITACIJA (EVIDENCE BASED REHABILITATION) podroben program na spletni strani zbornice			
LJUBLJANA Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Linhartova 51 (predavalnica v 4. nadstropju)	ni omejeno	strokovno srečanje je namenjeno zdravnikom specialistom fizikalne in rehabilitacijske medicine, družinske medicine, ortopedije, travmatologije, nevrologije, specialistom, drugim zdravstvenim delavcem ter ostalim strokovnjakom s tega področja	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Katedra za fizikalno in rehabilitacijsko medicino, Medicinska fakulteta Ljubljana
26.–27. ob 15.00 • ASTMA ŠOLA ZA ZDRAVNIKE S SPECIALIZIRANIMI UČNIMI DELAVNICAMI (Vzporedno bo potekala tudi Astma šola za sestre)			
LJUBLJANA Pediatrična klinika, Bohoričeva 20	30	šola je namenjena pediatrom	Pediatrična klinika, Medicinska fakulteta, Katedra za pediatrijo, asist. mag. Andreja Borinc Beden, dr. med.
26.–27. ob 11.00 • AKUTNI KORONARNI SINDROM V SLOVENIJI 2010 podroben program na spletni strani zbornice			
BLED Hotel Golf	ni omejeno	podiplomski simpozij je namenjen vsem zdravnikom	Društvo Akutni koronarni sindrom v Sloveniji, prof. dr. Marko Noč, dr. med.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: W: www.trombo.net, informacije: Alenka Mavri, E: alenka@trombo.net, W: www.trombo.net	120 EUR	8
prijave: kmikek@morelaokulisti.si, informacije: mag. Kristina Mikek, dr. med., W: www.lj-refracitve.com, T: 01 510 23 40, F: 01 510 23 42	220/250 EUR oftalmologi, 100/150 EUR specializanti, 50 EUR medicinske sestre, zdravstveni tehniki, za upokojene zdravnike in študente kotizacije ni	***
prijave: Klinični oddelek za nefrologijo, Hospitalni oddelek, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, informacije: doc. dr. Damjan Kovač, dr. med., doc. dr. Jelka Lindič, dr. med., prof. dr. Marko Malovrh, dr. med., asist. dr. Jernej Pajek, dr. med., T: 01 522 31 10, F: 01 522 24 08, E: damjan.kovac@kclj.si	200 EUR	***
informacije in prijave: ga. Saša Rus, Klinični oddelek za abdominalno kirurgijo, Kirurška klinika, UKC Ljubljana, Zaloška 7, 1525 Ljubljana, T: 01 522 47 88, F: 01 522 22 09, E: sasa.rus@kclj.si	teoretični del 80 EUR, teoretični in praktični del 180 EUR	***
prijave niso potrebne, rezervacijo za nočitev/večerjo pošljite 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	kotizacije ni	***
prijave: Tajništvo Klinike za infekcijske bolezni in vročinska stanja, Japljeva 2, 1525 Ljubljana, informacije: Simona Rojs, T: 01 522 42 20, 01 522 21 10, F: 522 24 56, E: simona.rojs@kclj.si	120 EUR z DDV	***
prijave in informacije: najpozneje do 22. marca 2010: Ela Loparič, URI – Soča, Linhartova 51, 1000 Ljubljana, T: 01 475 84 41, F: 01 437 65 89, E: ela.loparic@ir-rs.si	200 EUR (za oba dneva), 100 EUR (za en dan), 100 EUR (za specializante in sekundarije) - DDV je vključen	v postopku
informacije in prijave: Pediatrična klinika, Bohoričeva 20, Mihaela Jurčec, E: mihaela.jurcec@kclj.si	200 EUR	***
prijave: E: blaz.mrevlje@gmail.com, informacije: Marko Noč, Blaž Mrevlje, E: blaz.mrevlje@gmail.com, T: 041 665 627	kotizacije ni, udeleženci dobijo brezplačno pogostitev in Priporočila AKS 2010	***

STROKOVNA SREČANJA

MAREC 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
26.–27. ob 8.00 • ODGOVORNOST V ZDRAVSTVU – 19. POSVETOVANJE MEDICINA IN PRAVO			
MARIBOR Univerza Maribor, Slomškov trg 15, Velika dvorana	ni omejeno	posvet in učna delavnica sta namenjena vsem zdravnikom in pravnikom ter študentom obeh strok	Zdravniško društvo Maribor in Pravniško društvo Maribor v sodelovanju z Univerzo Maribor, prim. Jelka Reberšek Grošek, dr. med.

APRIL 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
9.–10. • SIMPOZIJ O HRBTENICI			
LJUBLJANA Ortopedska klinika	ni omejeno	simpozij je namenjen fiziatrom, zdravnikom družinske medicine, ki se ukvarjajo s patologijo hrbtenice	Slovensko združenje za hrbtenico in Oddelek za ortopedsko kirurgijo, Univerzitetni klinični center Ljubljana, doc. dr. Rok Vengust, dr. med

MAJ 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
7. ob 9.00 • 6. KOGOJEVI DNEVI – URGENTNA STANJA V DERMATOVENEROLOGIJI			
LJUBLJANA Hotel Mons	100-150	srečanje je namenjeno družinskim zdravnikom	Dermatovenerološka klinika Ljubljana, v. d. predstojnika Tanja Planinšek Ručigaj, dr. med.
20. ob 8.30 • I. STIKI ZDRAVSTVENE NEGE: ZDRAVSTVENA NEGA V OKOLJU, KI ZAGOTAVLJA VARNO IN KAKOVOSTNO OBRAVNAVO BOLNIKA			
CELJE Celjski dom, Krekov trg 3	ni omejeno	seminar z mednarodno udeležbo je namenjen medicinskim sestram in zdravnikom	Visoka zdravstvena šola v Celju, doc. dr. Zlatka Felc
22. • IX. MEDNARODNI MEDICINSKI DUATLON IN VII. POLETNI MEDICINSKI TEK			
BRDO PRI KRANJU	ni omejeno	športna prireditev za zdravnike	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat

SEPTEMBER 2010

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
1.–4. • 8. MEDNARODNI KONGRES CEREBRALNE PARALIZE			
LJUBLJANA Cankarjev dom	ni omejeno	kongres je namenjen vsem, ki se ukvarjajo s cerebralno paralizo	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat
11. ob 10.00 • IV. KIMAVČEV MEDICINSKI TEK IN I. GOZDNI DUATLON			
KOKRICA PRI KRANJU	ni omejeno	rekreacijski tek po gozdu za zdravnike, farmacevte in veterinarje ter njihove prijatelje	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat
16.–18. ob 10.00 • 5. SLOVENSKI PEDIATRIČNI KONGRES			
RADENCI Hotel Radin	ni podatka	kongres je namenjen pediatrom	SZD – Združenje za pediatrijo, prim. Ivan Vidmar, dr. med.

OKTOBER 2011

kraj	št. kandidatov	vsebina	organizator
21.–24. • 17. KONGRES OTROŠKIH NEVROLOGOV SREDOZEMLJA			
PIRAN	450	kongres otroških nevrologov	prof. dr. Milivoj Veličkovič Perat

*** Zbornica nima podatka o številu kreditnih točk, ker organizator še ni podal ali sploh ne bo podal vloge za njihovo dodelitev.

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije in prijave: UKC Maribor, Oddelek za nalezljive bolezni in vročinska stanja, Ljubljanska 5, 2000 Maribor, Jelka Reberšek Gorišek, Majda Petek, E: j.grosek@ukc-mb.si, T: 02 321 26 22, F: 02 321 26 57	200 EUR z DDV, za upokojene zdravnike in pravnike ter študente kotizacije ni	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
prijave: W: www.spineslovenia.si, E: registration@cd-cc.si, Cankarjev dom, Kulturni in kongresni center, Prešernova 10, SI-1000 Ljubljana, Alenka Kregar, E: alenka.kregar@cd-cc.si, T: 386 1 2417 133, informacije: Ortopedska klinika, Irena Cotman, T: 386 1 522 41 74, F: 386 1 522 24 74, E: irena.cotman@kclj.si	300 EUR ob plačilu do 9. februarja 2010, kasneje 360 EUR, 150 EUR specializanti	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: Verica Petrovič, Dermatovenerološka klinika Ljubljana, tajništvo, T: 01 522 42 80, F: 01 522 43 33, E: verica.petrovic@kclj.si	100 EUR	***
prijave: info@vzsce.si, Jerneja Kronovšek, T: 03 428 79 00, F: 03 428 79 06, E: info@vzsce.si, informacije: Visoka zdravstvena šola v Celju, Mariborska cesta 7, 3000 Celje, Jerneja Kronovšek, T: 03 428 79 00, F: 03 428 79 06, E: info@vzsce.si	80 EUR	***
informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovic@guest.arnes.si	ni podatka	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovic@guest.arnes.si, W: http://www.cpljubljana2010.eu/cerebral-palsy-congress/	ni podatka	***
informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, E: milivoj.velickovic@mf.uni-lj.si, W: http://www.agp-pro.si/duatlon_brdo/	ni podatka	***
informacije: KOOKIT, Bohoričeva 20, 1525 Ljubljana, Nevenka Lepin, T: 01 522 29 65, E: nevenka.lepin@kclj.si	270 EUR brez popusta	***

prijave, informacije	kotizacija	k. točke
informacije: prof. dr. Milivoj Veličković Perat, T: 031 318 161, E: mvelickovic@guest.arnes.si	ni podatka	***



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 _____

ZDRAVNIK SPECIALIST ANESTEZIOLOGIJE IN REANIMATOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT ANESTEZIOLOGIJE IN REANIMATOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST DRUŽINSKE/SPLOŠNE MEDICINE (m/ž)

- **Zdravstveni dom Izola**; lahko tudi specialist pediatrije oz. šolske medicine; nedoločen čas; Zdravstveni dom Izola, Kadrovska služba, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, T: 05 663 50 53; rok prijave 8 dni
- **Zdravstveni dom Logatec**, ambulanta splošne medicine in ambulanta za nujno medicinsko pomoč; lahko tudi zdravnik po končanem sekundarijatu; nedoločen čas; Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor**, služba splošne medicinske dejavnosti; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni

- **Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica**, urgentna ambulanta; nedoločen čas; Zdravstveni dom Osnovno varstvo Nova Gorica, Rejčeva ulica 4, 5000 Nova Gorica; rok prijave 15 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj**; lahko tudi specialist šolske medicine ali pediatrije; nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče**; opravljen podiplomski tečaj iz varstva otrok in žena; nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00
- **Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica**, ambulanta v socialnovarstvenem zavodu in splošna ambulanta v Ribnici in Loškem Potoku; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Janeza Oražma Ribnica, Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica
- **Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah**, ZP Rogaška Slatina; nedoločen čas; Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah, Celjska cesta 16, 3240 Šmarje pri Jelšah, direktorica Irena Nunčič, univ. dipl. ekon., univ. dipl. prav., T: 03 818 37 30; rok prijave 30 dni
- **Zdravstveni dom Sevnica**; lahko tudi specializant družinske medicine z opravljenim licenčnim izpitom; nedoločen čas; Zdravstveni dom Sevnica, Trg svobode 14, 8290 Sevnica, direktorica Vladimira Tomšič, T: 07 816 15 00
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj**, OE Zdravstveni dom Škofja Loka; lahko tudi specializant družinske medicine ali zdravnik brez specializacije po opravljenem sekundarijatu; nedoločen čas; Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske**, OE Zdravstveni dom Tržič, ambulanta splošne/družinske medicine s stalno populacijo in občasno

ambulanta nujne medicinske pomoči; lahko tudi zdravnik z opravljenim sekundarijatom oziroma v fazi zaključevanja sekundarijata in licenčnim izpitom; nedoločen čas; OZG, OE Zdravstveni dom Tržič, Blejska cesta 10, 4290 Tržič, ali E: tajnistvo@zd-trzic.si

ZDRAVNIK SPECIALIZANT DRUŽINSKE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče**; lahko specializant pediatrije; nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00

ZDRAVNIK SPECIALIST GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA (m/ž)

- **Zdravstveni dom Koper**, dispanzer za ženske; nedoločen čas; Zdravstveni dom Koper, Dellavallejeva 3, 6000 Koper; rok prijave 15 dni
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT GINEKOLOGIJE IN PORODNIŠTVA (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje**; nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST INTERNE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Splošna bolnišnica Celje,** delo na področju nefrologije; nedoločen čas; Splošna bolnišnica Celje, Oblakova ulica 5, 3000 Celje, s pripisom »za razpis«; rok prijave 15 dni
- **Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj;** lahko tudi specializant interne medicine (za določen čas); nedoločen čas; Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; rok prijave 8 dni;
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT INTERNE MEDICINE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST OFTALMOLOGIJE (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,** služba za skupne potrebe OE MDPŠ; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST PEDIATRIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom Celje,** dispanzer za predšolske otroke; nedoločen čas; Zdravstveni dom Celje, Uprava, Gregorčičeva 5, 3000 Celje, s pripisom: za razpis, T: 03 543 42 70, Mojca Jereb Kosi, dr. med.; rok za prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica;** nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica, T: 051 601 313
- **Zdravstveni dom Izola;** lahko tudi specialist šolske medicine; nedoločen čas; Zdravstveni dom Izola, Kadrovska služba, Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola, T: 05 663 50 53; rok prijave 8 dni
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj,** OE Zdravstveni dom Kranj, otroški dispanzer; OZG, OE ZD Kranj, Gosposvetska 10, 4000 Kranj ali E: tajnistvo@zd-kranj.si
- **Zdravstveni dom Logatec;** določen čas 12 mesecev; Zdravstveni dom Logatec, Notranjska 2, 1370 Logatec; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,** OE Varstvo otrok in mladine; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni
- **Univerzitetni klinični center Maribor,** Otroška kirurgija; dva zdravnika; nedoločen čas; Univerzitetni klinični center Maribor, Ljubljanska ulica 5, 2000 Maribor; rok prijave 8 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče;** nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00

- **Javni zavod zdravstveni dom Trbovlje;** nedoločen čas; Zdravstveni dom Trbovlje, Rudarska cesta 12, Kadrovska služba, 1420 Trbovlje; rok prijave 8 dni
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT PEDIATRIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST PSIHIIATRIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Psihiatrična bolnišnica Idrija;** (dve delovni mesti) lahko tudi zdravnik brez specializacije z licenco; nedoločen čas; Psihiatrična bolnišnica Idrija, Služba za kadre in organizacijo, Pot sv. Antona 49, 5280 Idrija, z oznako »za razpis delovnega mesta«; rok prijave 15 dni

ZDRAVNIK PEDOPSIHIATER (m/ž)

- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj,** OE Zdravstveni dom Škofja Loka, dispanzer za mentalno zdravje; enkrat na teden, od 1. 1. 2010 dalje; Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta

ZDRAVNIK SPECIALIST PULMOLOGIJE (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica;** za poln delovni čas ali vsaj 15 ur na teden; Zdravstveni dom dr. Božidarja Lavriča Cerknica, Cesta 4. maja 17, 1380 Cerknica; T: 051 601 313

ZDRAVNIK SPECIALIST RADIOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor,** služba za skupne potrebe OE MDPS; nedoločen čas; Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor, Služba za pravne in kadrovske zadeve, Ul. talcev 9, 2000 Maribor, T: 02 228 62 59; rok prijave 15 dni
- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIZANT RADIOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Trbovlje, Rudarska c. 9, 1420 Trbovlje; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK SPECIALIST SPLOŠNE KIRURGIJE (m/ž)

- **Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice;** nedoločen čas; Javni zdravstveni zavod Splošna bolnišnica Brežice, Černelčeva 15, 8250 Brežice; rok prijave 15 dni

- **Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj;** nedoločen čas; Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj, Potrčeva cesta 23, 2250 Ptuj; rok prijave 8 dni;

ZDRAVNIK SPLOŠNE MEDICINE (m/ž)

- **Prva zdravstvena asistenca;** lahko tudi zdravnik specialist splošne/ družinske medicine; nedoločen čas; Prva zdravstvena asistenca, d.o.o., Savska c. 3, 1000 Ljubljana; rok prijave 15 dni
- **Ambulanta Košir, d.o.o.;** za delo na področju občine Železniki; lahko tudi specializant družinske medicine; Ambulanta Košir, d.o.o., Podlubnik 307, 4220 Škofja Loka, ali na E: branko.kosir@siol.net, dodatne informacije T: 041 444 972 med 20. in 22. uro
- **Zdravstveni dom Novo mesto, služba PHE;** lahko tudi specialist splošne/ družinske medicine; nedoločen čas; Zdravstveni dom Novo mesto, Kandijška c. 4, 8000 Novo mesto ali E: info@zd-nm.si; rok prijave 30 dni
- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj;** lahko tudi zdravnik specialist splošne/ družinske medicine; nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni

ZDRAVNIK Z OPRAVLJENIM PROGRAMOM SEKUNDARI- JATA IN OPRAVLJENIM LICENČNIM IZPITOM (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Radeče;** nedoločen čas; Javni zavod Zdravstveni dom Radeče, Ulica OF 8, 1433 Radeče, direktorica Ingrid Kus Sotošek, dr. med., T: 03 568 02 00

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST ČELJUSTNE IN ZOBNE ORTOPEDIJE (m/ž)

- **Zdravstveni dom Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica,** za potrebe ortodontije; nedoločen čas; Zdravstveni dom Zobozdravstveno varstvo Nova Gorica, Gradnikove brigade 7, 5000 Nova Gorica

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST OTROŠKEGA IN PREVENTIVNEGA ZOBOZDRAVSTVA (m/ž)

- **Zdravstveni dom Laško;** lahko tudi zobozdravnik (določen čas – nadomeščanje v času porodniškega dopusta); nedoločen čas; Zdravstveni dom Laško, Kidričeva 5 b, 3270, informacije T: 03 734 36 00, direktor Marko Ratej, dr. med.; rok prijave 15 dni

ZOBOZDRAVNIK SPECIALIST PARODONTOLOGIJE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj;** nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni

ZOBOZDRAVNIK SPECI- ALIST PROTETIKE (m/ž)

- **Javni zavod Zdravstveni dom Ptuj;** nedoločen čas; JZ Zdravstveni dom Ptuj, Potrčeva 19 a, 2250 Ptuj; rok prijave 30 dni

LOGOPED – univ. dipl. defektolog (m/ž)

- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj**, OE Zdravstveni dom Škofja Loka; nedoločen čas; Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta

ZOBOZDRAVNIK (m/ž)

- **Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik**, ambulanta za odrasle; določen čas (od 1. 1. 2010 do 31. 1. 2011); Zdravstveni dom dr. Julija Polca Kamnik, »Za razpis«, Novi trg 26, 1241 Kamnik; rok prijave 15 dni
- **Zobozdravstveni center Alfa Dental, d.o.o.**, za delo v samoplačniški ordinaciji za odrasle; določen čas (12 mesecev), nastop dela s 1. 2. 2010; Alfa Dental, d.o.o., Železnikova ulica 4, 2000 Maribor; rok prijave 15 dni
- **Zdravstveni dom Medvode**, ambulanta za otroško-mladinsko zobozdravstvo; določen čas (nadomeščanje med porodniškim dopustom); Zdravstveni dom Medvode, Ostrovrharjeva ulica 6, 1215 Medvode.
- **Zdravstveni dom Radlje ob Dravi**, otroško-mladinsko zobozdravstvo in zobna ambulanta za odrasle (dve delovni mesti); določen čas (nadomeščanje delavke na bolniškem in porodniškem dopustu); Zdravstveni dom Radlje ob Dravi, Mariborska c. 37, 2360 Radlje; rok prijave 15 dni
- **Osnovno zdravstvo Gorenjske Kranj**, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, otroška zobna ambulanta; določen čas (nadomeščanje med porodniškim dopustom); Osnovno zdravstvo Gorenjske, OE Zdravstveni dom Škofja Loka, Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka; rok prijave do zasedbe razpisanega delovnega mesta

Mali oglasi

Dr. Maksimiljan Kos, d.o.o.
Zobna ordinacija brez koncesije
zaposli

zobozdravnika (doktor dentalne medicine) (m/ž)

Pogoji:

- končana medicinska fakulteta, oddelek za stomatologijo,
- veljavna licenca Zdravniške zbornice Slovenije,
- slovensko državljanstvo ali dovoljenje za delo Republike Slovenije.

Pogodba se sklene za nedoločen čas.

Prijave: Dr. Maksimiljan Kos, d.o.o.,
Ulica bratov Babnik 50, 1000 Ljubljana,
T: 01 500 99 46,
E: dr.maksimiljan.kos@siol.net

Cenik malih oglasov

- razpisi za delovna mesta v enotni obliki - brezplačno
- razpisi za delovna mesta (oglas): 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- oddaja poslovnih prostorov - ordinacij: 98 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- ostali mali oglasi (prodaja instrumentov, avtomobilov): 135 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta
- novoletne in druge osebne čestitke: v okvirčku 1/6 strani 195 EUR, za člane ZZS 50 odstotkov popusta. 20-odstotni DDV ni vračunan v ceno

Obvestilo

Izvršilni odbor je na svoji seji dne 16. decembra 2009 sprejel sklep, da revija Isis **brezplačno** objavlja informacije o prostih delovnih mestih za zdravnike in zobozdravnike, ne glede na to, ali gre za prosta delovna mesta v mreži javne zdravstvene službe ali izven nje. Delovna mesta se objavljajo v poenoteni obliki, ki vključuje le osnovne podatke (specialnost iskanega zdravnika, ime, naslov in telefonska številka oz. e-naslov ponudnika zaposlitve, katero delovno mesto je prosto, ali je ponujena zaposlitev za določen/nedoločen čas ter rok za prijavo).

V primeru, ko naročnik želi oglas za prosto delovno mesto dopolniti še s kakšnimi drugimi podatki, se lahko odloči za plačan oglas, ki ga Zdravniška zbornica Slovenije zaračuna po ceniku, veljavnem za oglaševanje v reviji Isis. Razpis za delovno mesto (oglas) stane 98 EUR, člani ZZS imajo 50 odstotkov popusta. 20-odstotni DDV ni vračunan v ceno.

Vse zainteresirane za objavo prostega delovnega mesta prosimo, da nam podatke za oglas sporočite do 5. v mesecu na e-naslov isis@zzs-mcs.si

Če se boste odločili za plačan oglas, nam to izrecno navedite, da vam bomo izstavili predračun, v nasprotnem primeru bomo oglas brezplačno objavili v poenoteni obliki.

Srečanje slovenskih in hrvaških upokojenih zdravnikov

Marjana Šalehar

Tokratno že 43. srečanje sekcije upokojenih zdravnikov SZD in upokojenih zdravnikov Hrvatskog liječničkog zbora, ki je bilo 22. maja 2009 v Mariboru, sta odlično organizirala predsednica sekcije mag. Božena Skalicky Kuhelj in njen brat doc. dr. Marjan Skalicky. Doživeli smo dvakratno presenečenje: nekateri nismo vedeli, da ima brata, docenta na Katedri za interno medicino Medicinske fakultete v Mariboru, da sta oba rojena Mariborčana, ki sta tudi odraščala v Mariboru. Njun oče je bil znan mariborski porodničar in ginekolog prof. dr. Bogo Skalicky.

Naša srečanja po tradiciji spremlja lepo vreme in tudi tokrat se je naredil prekrasen sončen dan, kot se za pomlad spodobi. Kar hitro smo se znašli pred kavarno Astoria, ki je zaslovela po zaslugi Petanovih. Danes je to La storia – Trattoria, lokal s pretenzijo biti italijanska popularna gostilna, kakršne poznamo tudi v Ljubljani. Rahlo nas je pretresla sprememba, ki je ne bi pričakovali v narodno zavedni štajerski prestolnici. Poudariti pa je treba, da je bilo osebe pristno štajersko prijazno in ustrežljivo, malica pa odlična. V Astorii se je odvijalo pozdravno srečanje z dobrodošlico vsem udeležencem. Pozdravni nagovori so se kar vrstili: predsedniki sekcij in združenj, bivših študentov, kolegov in prijateljev. Vseh udeležencev iz Slovenije, Zagreba in Karlovca je bilo sto deset. Prišli so s tremi avtobusi. Slovence je kot vedno vozilo podjetje Nered.

V prijetnem razpoloženju smo zapuščali Astorio in se znašli na njenem vogalu, kjer je znani »Ezl ek«. Nekateri so zaskrbelo, ali je ta oslovski vogal še v svoji funkciji, in zagotovljeno nam je bilo, da še vedno. Pomirjeni smo pohiteli čez ulico in vstopili v Pokrajinski muzej Maribor, kjer nas je pričakoval kustos g. Drago Oman, ki je znal takoj pritegniti našo nekoliko razpršeno pozornost. Občudovali smo srednjeveško orožje, ornate prelatov, različne meče, sablje, sulice, topove, pohištvo, bogoslužne predmete, ki so se iskrili v zlatu, srebru in dragih kamnih. Najbolj me je pritegnil predmet, ki ga nisem videla še nikjer. Ogromen kovinski meč, kjer so bili na mestu rezila kavljasti utori. Predstavljen nam je bil kot »lomilec mečev«. Deloval je takole: konjenik, ki je moral biti izredno močan, se je postavil sredi najhujšega bojnega meteža, nastavil svoje orodje in sovražni meči so se lomili na njem.

Pokrajinski muzej Maribor je podedoval zbirke Knezoškofijskega lavantinskega muzeja, ustanovljenega

leta 1896, Muzejskega društva v Mariboru, ustanovljenega 1902, in Zgodovinskega društva za slovensko Štajersko, ki je bil ustanovljen 1903. Vse te zbirke so se v enotno zbirko združile leta 1924. V mariborskem gradu domuje muzej od leta 1938. Danes muzej hrani okrog 10.000 eksponatov, njihov izvor gre od kamene dobe do današnjih dni. Predmeti so zbrani v enajstih zbirkah. S celovito prenovo mariborskega gradu so pričeli leta 2004. Prvi del stalne razstave, poimenovan Začetki, so odprli 2006.

Nenadoma nas je iz opazujoče zbranosti pritegnil huronski smeh, ki je izviral iz prostora pohištvene zbirke z inštalacijo notranjosti renesančne gostilne. Tam smo zagledali doc. Skalickega, ki je razlagal etimologijo izraza pankart. Gospodje, ki so se zaradi poslov še preko noči zadrževali v teh krajih, so se zatekli v gostilno in ko so se napili dobrega vinca, ki ga tudi tedaj ni manjkalo, je dekla, utrujena od strežbe, legla na klop, popačeno nemško *pank*, in gostje so se predali umetnosti, iz katere so se včasih rodile žive posledice, ki so jih imenovali pankarti ali pankrti. Besedice nisem našla v slovarju...

Ob vhodu v muzej je kapelica, kamor neposvečenim ni dovoljeno vstopiti! »Kapelica skrivnosti« nam je ostala zaprta. Gospod Oman nas je namesto tega popeljal v grajsko viteško dvorano, ki nas je očarala s svojimi izjemnimi štukaturami in poslikavo stropa in nam ponudila priložnost, da smo malo spočili svoja utrujena telesa. Prisluhnilni smo pripovedi našega vodnika o preteklosti štajerske prestolnice. Maribor je petkrat pogorel do tal, pestile so ga epidemije kuge. O tem priča mogočno kužno znamenje iz 18. stoletja, največje na Slovenskem. Mesto so oblegali Madžari in Turki in ga nikoli niso osvojili. Vojska Sulejmana Veličastnega s sto tisočimi možmi je neuspešno oblegala utrjeni Marburg, ki je premogel le tisoč branilcev. Sulejman je tako prečkal Dravo pri Brestanici. Mariborski grad smo zapustili s sestopanjem po razkošnem baročnem stopnišču iz sredine 18. stoletja, znamenitem po številnih marmornih plastikah, ki z alegorijami pripovedujejo svojo zgodbo.

Zelo pomemben dejavnik v razvoju Maribora je bilo judovstvo. Judje so se tu naselili v 13. stoletju. Cesar Maksimiljan I. jih je na pobudo deželnih stanov leta 1486 izgnal iz Štajerske. Danes o njih priča steber z judovskega pokopališča, umeščen na Slomškovem

trgu v bližini stolnice. Leta 1846 je v Maribor pripejal prvi vlak na progi Dunaj–Trst. Maribor pa je končno le pripadel Sloveniji. Za to sta zaslužna dva velika moža: Anton Martin Slomšek je leta 1859 prenesel lavantinsko škofijo v Maribor in s tem določil slovensko mejo na vzhodu, Rudolf Maister pa je leta 1918 s slovensko vojsko to mejo tudi ubranil.

Medtem nas je doc. Skalicky že vodil proti mariborski univerzi. Pred vstopom smo se poklonili glavam štirih znamenitih mariborskih mož: Franu Miklošiču, Matiji Murku, Francu Turnerju in Hermanu Potočniku Nordungu. Dvorec, v katerem gostuje mariborska medicinska fakulteta, obnavljajo. Ob svojem obisku v Mariboru leta 1999 je papež Janez Pavel II. blagoslovil začetek del, o čemer priča spominska plošča. V veliki predavalnici MF nas je pozdravil njen dekan prof. dr. Ivan Krajnc. Predstavil nam je začetke mariborske medicinske fakultete od njene ustanovitve leta 2003, ki pričakuje v letu 2010 prvo generacijo diplomantov iz splošne medicine. Študijski načrt je zastavljen sodobno, z mednarodnim sodelovanjem in po bolonjskih smernicah. Vse je navedeno v publikaciji MF: Študentom na pot, za študijsko leto 2009/10, z naslovom »Splošna medicina, enovit magistrski študijski program«. Izrazil je tudi upanje, da bodo leta 2012 že v novi zgradbi MF v bližini Univerzitetnega kliničnega centra Maribor.

Za uvod nam je zapel Študentski akademski pevski zbor MF v Mariboru, ki ga vodi študent 5. letnika g. Jakob Zapušek. Zbor je na izredno visoki ravni, kot bi peli poklicni pevci, in pod vodstvom dirigenta Zapuška ubrano zveni. Najprej so nam zapeli črnsko duhovno pesem, ki nas je osredotočila na izjemo priložnost, pri kateri smo sodelovali. Sama sem jo doživela takole: tukaj smo medicinci mariborske MF, ki uresničujemo dolgoletne sanje naših predhodnikov in poleg vsega znamo še tako zelo dobro zapeti. Na nas lahko v bodočnosti resno računate. Kot trajnostni memento so nam zapeli še nežno, nostalgično zvonečo Stoji, stoji mi polje.

Sledili so pozdravi. Predsednica mag. Božena Skalicky Kuhelj je pozdravila navzoče v imenu Slovenskega zdravniškega društva, se zahvalila za sprejem in podarila dekanu prof. dr. Ivanu Krajncu knjigo Zgodovina MF Univerze v Ljubljani. Predsednik hrvaškega društva upokojenih zdravnikov dr. Dragutin Kremsir je poklonil knjigo Liječnici u trećoj dobi, II. del, ki so izdali v letu 2008 ob 25. obletnici hrvaškega društva upokojenih zdravnikov Hrvatskog liječničkog zbora.

Sledila je pogostitev v sijajni Trstenjakovi dvorani Univerze v Mariboru. Dvorana odseva mojstrstvo arhitekta Podrecca, ki je vodil obnovo. Tukaj je bil naš gostitelj doc. Marjan Skalicky. Po zdravici z rujnim, iskrečim se štajerskim vincem sta brat in sestra, doc. dr. Marjan Skalicky in predsednica mag. Božena Skalicky Kuhelj, spontano pričela obujati spomine, ki so tesno povezani s stavbo, v kateri smo bili. Oba sta v tej stavbi obiskovala osnovno šolo in na ta prostor ju vežejo spomini na otroška in mladostniška leta. Oba sta pripovedovala s takim navdušenjem, da so navzoči njun dialog komentirali kot eno samo žarenje. K tem občutkom je pripomoglo tudi sonce, ki je ravno v tem času osvetlilo dvorano.

Pred univerzo smo se še zbrali v zelo uspel skupinski posnetek in nato točno ob 13. uri krenili proti mariborski stolnici, ko so nam v pozdrav zvonili vsi njeni zvonovi v ubrani melodiji. V zavetju spomenika Slomšku nas je sprejel izredno komunikativen župnik Matej Lipovec. Po prisrčnih pozdravih smo vstopili v stolnico. Povedal nam je kratko zgodovino župnije in nato so nekateri z njim tudi zapeli. Treba je priznati, da premore očarljiv baritonski glas. Mariborska prazupnja se omenja že v 1. polovici 12. stoletja. Danes je to stolnica sv. Janeza Krstnika, v kateri je pokopan tudi Slomšek. Zanimivo je, da ja zvonik v 19. in 20. stoletju služil tudi požarni obrambi.

Kasneje nas je doc. Marjan Skalicky vodil po Slomškovem trgu in nam z očmi poznavalca osvetlil arhitekturni biser, ki ga je zasnoval mojster Plečnik in pred kratkim uredil Boris Podrecca. Kot je povedal, nas nekateri elementi ureditve Slomškovega trga napeljujejo na misel, da bi lahko bil avtor prostozidar. Njegov duh je tudi po Podreccovi ureditvi še vedno prisoten. Lev, ki so ga potegnili iz Drave in mu je voda skoraj sprala obrise, je našel varno zatočišče v značilnem ovalu. Razlaga je bila izčrpna in poučna, izvedeli smo vse podrobnosti o stavbah, ki obkrožajo Slomškov trg, in zgodovino njegovih prebivalcev. Nato se je doc. Skalicky poslovil, ker so ga čakale še druge obveznosti. Z obžalovanjem smo se poslovili, ker smo zelo uživali v njegovi družbi. Nekoliko zmedeni od vseh smeri in osi in polni občudovanja do velikega znanja našega vodnika na področju svetega in posvetnega, njegovega strokovno-medicinskega znanja, raziskovalnih sposobnosti in še mnogih drugih lastnosti in spretnosti, smo se po starih mestnih ulicah napotili proti Lentu. Obiskali smo najstarejšo vinsko trto na svetu, ki že več kot 400 let raste v srednjeveškem mestnem jedru Maribora. Podali smo se v Hišo stare trte na Lentu, ki

je v 80. letih minulega stoletja postala turistično-informacijski center ter razstavni in prireditveni prostor. Za degustacijo vin nam je zmanjkalo časa in volje.

Povzpeli smo se na avtobuse in se odpravili proti Račam, kjer se nam je pridružila kustosinja Polona Račič (nomen est omen) in nas popeljala na ogled Krajinskega parka Rački ribniki - Požeg. Izstopili smo in se znašli sredi nepričakovanih krasot. Ne znam opisati vzdušja, ki nas je tam zajelo, niti vse lepote, zato navajam samo dejstva. Leta 1992 je bil kraj proglašen za krajinski park. Obsega 848 hektarjev površine. Tam živi 210 vrst ptic, 12 vrst dvoživk in 50 vrst kačjih pastirjev, metuljev in drugih žuželk. Da ne omenjamo dreves in ostalega rastlinja. Obiskali smo tudi pravkar obnovljeni grad Rače. S podzemnim predorom je bil povezan z graščino Vurmeških na Ptuju. V njem sta se lahko srečali dve kočiji. Podtalno življenje plemstva?

Poslovili smo se od naše ljubeznive vodnice in odbrzeli proti Framu. Na poti nas je Božena Skalicky Kuhelj opozorila na znamenitost – rimski vodovod, ki je popolnoma vkopan v zemljo. Vodovod je v celoti ohranjen in je vodo s Pohorja peljal iz Framu na Ptuj. Kanal je zgrajen iz marmornih plošč in obložen z opeko. Ker niso videli kamna, so ga okoliški prebivalci pustili nedotaknjena. Cev je široka 1,4 m in visoka 0,7 m. Rimljani so ga imenovali zlati tok. Zavili smo proti Pohorju, naše oči pa so pohlepno vpijale pokrajino, ki se nam je odmikala. Stičišče Pohorja in Panonske nižine oddaja poseben čar.

Končno smo prispeli v prijazno gostišče Meglič in ko smo bili lepo na varnem, se je razbesnela prava pohorska nevihta. Prijazni ljudje so potešili našo lakoto z dobro domačo hrano, ogreli smo se z dobrim vincem.

In skoraj nisem mogla verjeti svojim očem, ko je vsak od nas dobil predse svojo malo pristno pohorsko omleto. Utrujenost nas je v hipu zapustila in pričelo se je veselo druženje dolgoletnih prijateljev. Sledili so še tradicionalni pozdravi in obdarovanje. Predsednica Božena Skalicky Kuhelj je podarila knjigo Slovenija v presežkih, predsednik upokojenih hrvaških zdravnikov dr. Dragutin Kremsir pa zbornik Liječnici u trečoj dobi. Zahvalil se je Boženi in njenemu bratu Marjanu za nepozabno doživetje obiska v Mariboru in zaključil s temi besedami: »Boža mene je zvon dirnul. Vidimo se u jesen u Zagrebu. Zdravi bili.« Predsednik upokojenih zdravnikov iz Karlovca dr. Rudolf Muhvić je izrazil željo, da bi naše druženje trajalo tudi v bodoče in pohvalil čudovit dan, ki je bil za nami. Naše druženje naj bi bilo vzor tudi drugim. Predsednica Božena je zaključila s citatom prof. dr. Pavla Poredoša, predsednika Slovenskega zdravniškega društva: »Smo intelektualci, razumni ljudje in prijatelji, zato se tudi prijateljsko družimo.« Zaželela nam je, da se v septembru vidimo na Hrvaškem in ob letu v Sloveniji.

Sama bi rada zaključila svoje poročanje z besedami pesmi, s katerimi se je poslovila gospa Račič in ki se v prostem prevodu iz angleščine glasijo:

*»Včerajšnji dan je preteklost,
jutrišnji dan je neznanika,
današnji dan je sedanjost,
sedanjost je darilo.«*

In tak je bil ta dan. Darilo.

Udeleženci 43. srečanja upokojenih zdravnikov Slovenije in Hrvaške pred poslopjem Univerze v Mariboru.



40. zdravniški koncert ob Plečnikovem memorialu

Zvonka Zupanič Slavec

Štirideseti rojstni dan zdravniških koncertov je prišel hitreje, kot bi pričakovali tisti, ki so jih pričeli. Združil se je s 30-letnico Kulturno-umetniškega društva (KUD) Kliničnega centra in Medicinske fakultete (MF) dr. Lojz Kraigher. V slavnostno razpoloženje Kozinove dvorane Slovenske filharmonije je privabil ljubitelje muziciranja med zdravništvom. Po 40. strokovnem srečanju na Plečnikovem memorialu o dermatopatologiji so se udeleženci srečanja in številni drugi zgrnili v koncertno dvorano. Iz oči zbranih je bilo radovedno pričakovanje. Posebej spodbudno je bilo med obiskovalci videti veliko mladih, predvsem študentov ljubljanske MF in generacije 4. letnika, med katerimi je bilo kar 14 Plečnikovih nagrajencev. Njim se je na odru pridružil še Hribarjev nagrajenec doc. Boštjan Luzar. Prof. Nina Gale, vodja Plečnikovega memoriala, je z dekanom prof. Dušanom Šuputom podelila priznanja, posebno priznanje pa sta ob jubileju prejela častni predsednik memoriala akad. Dušan Ferluga za dolgoletno vodenje strokovnih srečanj in prof. Pavle Kornhauser za dolgoletno umetniško vodenje koncertov. Oba sta v slavnostnih tonih nagovorila zbrane, med katerimi sta bila tudi predsednik države dr. Danilo Türk in minister za zdravje Borut Miklavčič.

K čaru 40. zdravniškega koncerta je prispeval zdravniški podmladek, ki je vsebinsko razgibal koncertni program. Klasični glasbi so se pridružila dela mojstra tanga Argentincega Astorja

Piazzolle in jazz glasba Big banda MF. Potem ko je leta 2006 akademska pianistka in takratna študentka medicine Polona Maver prevzela umetniško vodstvo koncertov, je v njih zavel mladostnejši veter. Leto zatem se ji je pridružil še vnuk prof. Kornhauserja, pianist Andraž Cerar. Leta 2009 sta bila oba ponovno soprodpisana pod umetniški program.

Mogočni začetek koncerta je bila himna slovenskega zdravništva *Hippocratis iusiurandum* (po besedilu renesančnega pisca Iana Cornariusa) skladatelja prof. Ivana Florjanca, ki so jo drugo leto zapored izvedli združeni KUD-ovi zbori z zborovodjem Tomažem Faganelom in ob orgelski spremljavi specializanta nevrokirurgije, ki je končal tudi orgelski oddelek zagrebške akademije za glasbo, Domagoja Jugovića. Himničnost dela in njegova spevnost so ga približala občinstvu, ki se z njim že enači.

Glasbena prikupnost Foersterjeve opere Gorenjski slavček iz leta 1869 z libretom pesnice Luize Pesjakove je tista, ki je delo že večkrat pripeljala tudi na zdravniške glasbene odre. Prvič se je pojavila na zdravniških koncertih leta 1989 ob 10-letnici KUD-a, ko so Derčevi pevci zapeli pesmi iz 1. prizora 3. dejanja, ob njih pa so KUD-ovi folkloristi odplesali gorenjske plese. Letošnja obogatitev z orkestralno spremljavo pod imenom Pro medico, kjer so v glavnem igrali instrumentalisti orkestra Camerata medica, je blagoglasno napolnila akustično

Zdravniško himno so zapeli združeni pevski zbori KUD-a KC in MF.



filharmonično dvorano. Taktirka je bila le navidezno v rokah violista Vilima Demšarja, ki je s skrito močjo svojih pogledov bolj ali manj skladno vodil zbor in orkester.

Veliki sestav Ljubljanskega zdravniškega orkestra Camerata medica, ki deluje kot naslednik Godalnega kvarteta Mašera od leta 1991, je za svojo samostojno predstavitev izbral delo skladatelja Amandusa Ivančiča. Pod umetniškim vodstvom na koncertu sicer odsotnega dolgoletnega dirigenta Andreja Ožbalta je ob pomoči violista Vilima Demšarja zaigral to delo zgodnjega klasicista, ki je živel v času cesarice Marije Terezije in je bil pavlinski menih. Ivančičeva glasbena govorica in melodika sta kljub časovni odmaknjenosti ohranili dovolj svežine in privlačnosti za poslušalce. Naslednje Sibeliusovo delo *Andante festivo* je prineslo slavnostni žar in dostojanstveno počasni ritem. 73-letni Sibelius je na povabilo, da napiše glasbo v čast newyorški svetovni razstavi (leta 1939–40), priredil enega izmed svojih kvartetov za orkester. Camerata medica je dobro predstavila skladateljeva hotenja.

Polona Maver in Andraž Cerar sta se v duu prvič pojavila leta 2002 in od takrat vsako leto zaigrala na zdravniškem koncertu program za klavir štiriročno ali za dva klavirja. Letos sta oba postala mlada zdravnika in *lege artis* vstopila na zdravniške koncerte. Polona je v teh letih vpeljala intenzivnejše sodelovanje študentov medicine, ki kot mladi zdravniki postajajo novo jedro nastopajočih. Med njene največje dosežke šteje institucionalizacija študentskih koncertov, ki so novembra 2009 četrto leto zapored napolnili filharmonično dvorano, njihovo vodenje pa sta leta 2009 prevzela medicinca in pianista Andrej Babnik in Mateja Lasič. Slednja je bila leta 2009 tudi Plečnikova nagrajenka.

Polona Maver je oktobra 2009 končala študij medicine in nadaljuje s podiplomskim študijem mikrobiologije, aprila pa začne s pripravništvom v UKC Ljubljana. Andraž Cerar je končal osem let klavirskega študija in nadaljuje tradicijo svojega deda ter igra klavir za svojo dušo. Postal je mladi zdravnik in trenutno dela na kardiološkem oddelku UKC Ljubljana ter čaka na specializacijo. Chopinove Variacije za klavir štiriročno, ki sta jih v duetu zaigrala, so skomponirane po Irskih melodijah Thomasa Moora. Skladba je bila na seznamu neobjavljenih Chopinovih del, ki so jih odkrili leta 1964. Manjkalo je nekaj začetka in konca skladbe, kar so strokovnjaki rekonstruirali. Slišali smo še eno briljantno Chopinovo delo.

»Fenomen Kornhauser« gotovo ni pogost: 85-letni pianist, ki je še kar natančno odigral prvi stavek romantičnega Velikega klavirskega seksteta Mihaila Glinke, ki so ga zvesti poslušalci Plečnikovih koncertov poslušali na isti prireditvi že leta 2005 in na poletnem koncertu Pro medica v Jakobovi cerkvi leta 2009, se ne zgodi vsak dan. Nekdo je o njem zapisal, da je gotovo najboljši pianist med pediatri, prav tako pa tudi najboljši pediater med pianisti. Mladostno energijo je v Glinkovo delo ob vedno izredno dobrem prvem violinistu komorne skupine Pro medico prim. Marku Zupanu prinesel violinist Andrej Gubenšek, ki je študent 6. letnika medicine in 3. letnika violine na Akademiji za glasbo v razredu prof. Monike Skalar. Ob že 15 let zvestem članu Pro medica violistu prof. Vilimu Demšarju je nastopila



Prireditev je 15. leto zapored vodila predsednica KUD-a prof. Zvonka Z. Slavec.

še violončelista Orkestra slovenske filharmonije Tanja Babnik Šoštarčič namesto zbolelega medicinca Jana Štangla. Ob 40-letnici zdravniških koncertov so komorni skupini Pro medico iz avditorija zaploskali tudi nekdanji sodelavci, med njimi violončelist onkolog prof. Zvonimir Rudolf. Sestav ansambla Pro medico se je namreč tekom let spreminjal. Najdlje, od leta 1979, igra s pianistom Kornhauserjem violinist Marko Zupan, dolga leta pa je drugo violino igral nefrolog Miha Benedik.

V okviru Pro medica je njegov idejni kreator Pavle Kornhauser skozi leta iskal poti, da je na oder postavljajl manjše in večje instrumentalne in instrumentalno-vokalne sestave. Včasih so nastali celi orkestri. Vsi, ki so s Pavletom Kornhauserjem kdaj sodelovali, poznajo njegovo neustavljivo voljo, da stvari pripelje do konca. Vsem seveda ta način sodelovanja ni privlačen, a stvari je vodja tako ali drugače pripeljal do konca. Tudi vodstvo KUD-a je nemalokrat mirilo duhove, a na oder je bilo res postavljenih veliko zanimivih projektov. Protagonist Pro medica je ob junjskem koncertu v Jakobovi cerkvi v Ljubljani povedal, da se s svojo 85-letnico poslavlja od organizacije tako velikih sestavov. Ali bo njegova glasbena vnema vzdržala pri tej odločitvi?

Vokalna skupina Kliničnega centra Vox medicorum z umetniškim vodjem mag. Tomažem Faganelom je za 40. zdravniški koncert izbrala renesančni slavošpev glasbi, bogato zvonečo

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU



Big band Medicinske fakultete je navdušil z mladostnim žarom.



Pianista in umetniška vodja koncerta Polona Maver in Andraž Cerar sta bila odlična.

Gallusovo pesem *Musica noster amor*, in za njej očitno razliko niz znanih koroških ljudskih viž v koncertni preobleki Damijana Močnika z naslovom Koroška ljubezen. Zbor je svojo kakovost izkazal že teden dni pred zdravniškim koncertom na svoji 30-letnici v Auerspergovih palači v Ljubljani, 29. novembra 2009. Tam je izvrstno odpel zahteven program, šaljivo in domiselno povabil pred poslušalce svoj prvi sestav in predstavil profesionalno posneto in izdelano zgoščenko *Musica animi medicina – Glasba, zdravilo za dušo*. Čestitamo!

Z veliko svežine so se s strastnim argentinskim tangom Astorja Piazzolle predstavili medicinci in mladi zdravniki skupine, ki je zaigrala njegovo delo *Zima (Invierno porteño)*. Andrej Gubenšek je igral na violino, absolvent MF Janko Tomišek na harmoniko, specializant ginekologije iz Maribora Jure Knez na kitaro, absolvent medicine in hkrati poliinstrumentalist Klemen Dovč na kontrabas, za črno-belimi tipkami je bila nepogrešljiva Polona Maver. Na zdravniškem koncertu je ista skupina nastopila že tretjič. Mlada generacija tako spodbudno prevzema koncertno pobudo in zagotavlja njen obstoj.

Koncert se je hitro odvijal in že se je na odru pojavil najmlajši glasbeni sestav ljubljanske MF, Big band orkester. Leta 2008 so najprej presenetili na novembrskem študentskem koncertu, v decembru so nastopili na zdravniškem koncertu tako kot letos. Lani so imeli mlado pevko med svojimi saksofonisti, letos so medse povabili specialistko plastične kirurgije Barbaro Čokl, ki že vse življenje prepeva, od leta 2001 pa se intenzivneje ukvarja

z jazzovsko glasbo in je doslej posnela tri samostojne zgoščenke. Pod živahno taktirko mladega Mitje Dragoliča je šest saksofonistov, štirje pozavnisti, štirje trobentači, kitarist, bobnar in pianist odigralo deli Computer Boba Mintzerja in Orion Jureta Robežnika. Poželi so gromki aplavz. Za 10. december 2009 so napovedali samostojni koncert in ga nato v dvorani Karantanija hotela Lev izvedli z izjemnim mladostnim žarom in toplino pozitivne energije.

Vsako zdravnikovo življenjsko obdobje ima drugačne vatle za ocenjevanje teh koncertov. Tisti, ki prihajajo na koncerte več desetletij zapored, čutijo predvsem stanovsko pripadnost in zvestost, priložnost za druženje ob dogodku in ne merijo kakovosti izvedenih del z glasbeniški merili. Zato opravičujejo tudi manjše spodrseljaje glasbenikov. Srečanja so nad tem in zato publiko prosimo, da ohrani veselje do tega dogodka. Koncerti privabljajo v svoje vrste nove in nove generacije zdravnikov in njihovih prijateljev. Tako naj pomagajo dočakati abrahama, kar je za druženje nepoklicnih glasbenikov več kot zlahka jubilej. Hvala vsem, ki ste skozi desetletja po svojih močeh soustvarjali edinstveni fenomen zdravniških koncertov v Ljubljani. Sama jih vodim desetletje in pol in hvala tudi idejnemu očetu druženja, patologu in čelistu prof. Ivanu F. Lenartu, humanistu, poliglotu, retoriku in umetniku od glave do nog. Svoj rek »Umetnost je človek« je udejanjil v mislih, besedah in dejanjih, mi mu le sledimo.

Foto: Jelka Simončič



Med Plečnikovimi nagrajenci so bili študenti 4. letnika MF UL: Tanja Carli, Miha Ciringar, Sandra Frangež, Timotej Goričan, Maša Hafner, Špela Klemen, Matic Koren, Mateja Lasič, Jani Muha, Mihaela Pavlovič, Anja Praprotnik, Miha Simoniti, Ana-Tomc in Jerica Škedelj.

Razstava prof. dr. Antona Dolenca ob 30-letnici KUD-a

Barba Štemberger Zupan

Kulturno-umetniško društvo Kliničnega centra in Medicinske fakultete dr. Lojz Kraigher (KUD KC in MF) se je ob svoji 30-letnici predstavilo na prireditvi za bolnike, ki je bila 10. novembra 2009 v razstavišču UKC v Ljubljani. Ker imajo v svojem društvu nad 500 članov, so se odločili, da bodo jubilej proslavili v dveh delih: v razstavišču UKC člani likovne, folklorne in šahovske sekcije, na zdravniškem koncertu v Slovenski filharmoniji 4. decembra 2009 pa številni njihovi glasbeniki. Jubilejni nagovor za prvo prireditev je prevzel prof. Anton Dolenc, za drugo pa prof. Pavle Kornhauser, oba ustanovna člana KUD-a.

Slavnostno prireditev je, kot praktično vse ostale zadnjih 15 let, vodila duša KUD-a, predsednica prof. dr. Zvonka Zupanič Slavec. Ne smemo spregledati njene vloge ob dejstvu, da že več kot polovico delovanja KUD-a (od 1993) prav ona vodi, povezuje in usklajuje delovanje vseh sekcij znotraj društva, pridobiva zadostna sredstva za njihovo delovanje, organizira in osebno vodi prireditve, je v svojem govoru na prireditvi povedal dekan medicinske fakultete prof. dr. Dušan Šuput. Zagotovo si ob tem zasluži kaj več kot le stisk roke ustanoviteljev, saj sama ni pozabila omeniti in se zahvaliti za aktivnost vsem, ki so tako ali drugače pomagali pri njegovem delovanju. Za ta jubilej v KUD-u pripravljajo tudi knjigo.

Prof. dr. Anton Dolenc, ki je bil prvi predsednik KUD-a (1979–1982), je v svojem govoru opisal njegov nastanek, okvirno imenoval ustanovne člane, njihove zasluge in pobude, začetke delovanja ter opisal svoje ustvarjalne kolege. Z zbranimi je delil čudovita razmišljanja o zagonu, zmožnosti in veličini društva ter povedal, da kot je njemu priznal njegov nekdanji predstojnik akad. Janez Milčinski, da bi bil s svojo energično naturo sposoben celo mrličje pripraviti k plesu, da ima takšno naturo tudi sedanja predsednica KUD-a, prof. Zvonka Zupanič Slavec. Precej misli je prof. Dolenc namenil ljubljanski medicinski fakulteti, ki po letu 1987, ko je bila le delno preseljena v novo stavbo na Korytkovi ulici, vodstvo fakultete še ni zagotovilo ustreznih prostorskih pogojev za delovanje drugih predkliničnih ustanov, ki se stiskajo v neustreznih prostorih. Prof. Dolenc je zbrane očaral tudi s slikami, ki so prostor napolnile z mehko barv, z motivi gracioznejših žena in skoraj pravljinih krajin. Svojtven slikarski način čutnega in miselnega izražanja je prof. Dolenc predstavil že na več kot 100 samostojnih in

skupinskih razstavah doma in na tujem, tokrat pa je razstavišče zapolnil s 50 oljnimi platni, ustvarjenimi v zadnjem letu. Prof. Dolenc je edini slovenski zdravnik, ki je (že od leta 1966) član Društva likovnih umetnikov Slovenije. O njem je povedal likovni terapevt in prvi predsednik likovnikov KUD-a Jano Milkovič - Jano: »Pred približno 30 leti sem spoznal človeka poosebljene energije, ki jo je znal vtakati v mnoge dejavnosti: znanstvene, pedagoške, organizacijske in ustvarjalno-umetniške. Znova in znova nas je bogatil s spodbudami pri delu, z recenzijami pri odprtju razstav... Predanost strokovnemu delu je zahtevala skoraj ves njegov čas. Slikarska dela so zato navadno nastajala s koncem dneva v tišini ateljeja njegove čudovite kleti. Tam je vzniknil njegov lirični ekspresionizem, s katerim tisto najpomembnejše iz vizije preoblikuje na takšen način, da sta čutna in miselna avtentičnost osnovno izrazilo. Najbolj se me dotaknejo njegove osebe, njih oči in roke, katere sprožijo mavrico občutkov in žalosti, strahu, vdanosti, sreče, začudenja in hrepenenja. Kompozicijska celota je zavestno podrejena osnovni izpovedi, pri tem barvna zasnova spregovori posebej tenkočutno, soustvarja vzdušje globoko doživete človeškosti. Vidim, kako čopič ubogljivo, nežno, toda odločno in pogosto prav drzno v izbranih ritmihi gradi sliko, mali hram poglobljene intimne, ki nas s svojo večno energijo oplaja v tistem, kar je umetnost. Slikanje na različne podlage, tudi na ploskve starih vrat, oken, strešnikov z rustikalno občutenim nanosom barve je prispevek k potrditvi pomena bivanjske in kulturne dediščine. Tako Anton Dolenc slikar skozi mnoge korenite spremembe v družbenih odnosih in vsemogočni ekonomiji ostaja tisti, ki nas zrcali in navdihuje s svojo umetnostjo.«

Slavnostnemu govorniku so z nagovori sledili generalni direktor UKC Ljubljana mag. Simon Vrhunec, dekan MF UL prof. dr. Dušan Šuput, glavna medicinska sestra UKC Erna Kos Grabnar, predstavnica donatorjev prof. dr. Bojana Beović, predsednik likovne sekcije doc. dr. Tone Pačnik, ki je napovedal, da bodo v KUD-u najvišja priznanja za likovne dosežke poimenovali po pokojnem soustanovitelju likovne sekcije, radiologu prof. dr. Ludviku Taboru.

Kulturni del programa so oblikovali KUD-ovi folkloristi, imenovani COF. Letos mineva že 27 let, odkar so začeli plesati pod vodstvom ortopeda, takratnega predsednika KUD-a (1982–1986), doc. dr. Fedorja Pečaka.

ZDRAVNIKI V PROSTEM ČASU

Na predsedniškem mestu v KUD-u ga je za dve leti nasledil pediater Matjaž Bidovec. Pevke ljudskih pesmi Cintare, članice KUD-a, ki zdravilno vplivajo na svoje poslušalce, kot zelišče tavžentroža na bolnika, so prav tako imenitno zapele.

Jubilejna prireditev, kjer je predsednica izpostavila dolgoletno odlično sodelovanje z ustanoviteljem UKC in njegovimi različnimi službami (za rezervacijo

prostorov, tehnično podporo prireditvam, bolnišnično kuhinjo, službo za prostovoljce in drugimi), je pokazala, da je kultura v UKC presežnega pomena, dodana vrednost, ki je nimajo drugod po svetu, in pomembno prispeva k humanizaciji medicine v zdravstvu. Naj KUD-ova pot do abrahama ne bo preveč vijugasta!

Foto: Biserka Komac



Vedrine polno vzdušje med zbranimi, ko so ob jubilejnem srečanju obujali spomine na začetne dni.



Na jubilejni prireditvi so žlahtno zapele KUD-ove Cintare.

Strokovni prispevek

Vpliv alkoholiziranosti voznika na izid prometne nesreče

Teran Vinko, Kwartarna klinika Potrpina

Izhodišča

Alkoholni napitki so v naši kulturi tradicionalno povezani s številnimi osebnimi in skupinskimi praznovanji. Osebe, ki zaužijejo alkoholne napitke, pogosto upravljajo osebna vozila in so udeležene v prometnih nesrečah. Namen naše študije je bil proučiti, ali alkoholiziranost voznika vpliva na izid prometne nesreče.

Metode

Retrospektivno smo analizirali 50 nesreč s smrtnim izidom in 50 nesreč s hujšo telesno poškodbo. Udeležence smo razdelili glede na to, ali so bili povzročitelji ali žrtve nesreče oziroma ali so bili pod

vplivom alkohola ali ne. Omenjene razrede preiskovancev smo primerjali glede na izid prometne nesreče. Za statistično pomembne razlike smo vzeli $p < 0,05$

Rezultati

Med alkoholiziranimi in treznimi vozniki ni bilo statistično značilne razlike, kdo večkrat zakrivi prometno nesrečo ($p = 0,13$), čeprav se nakazuje trend v korist alkoholiziranih voznikov. V skupini hujših telesnih poškodb in v skupini smrti je bil značilno boljši izid pri alkoholiziranih voznikih, ne glede na to, ali so bili povzročitelji ali žrtve prometne nesreče ($p < 0,01$).

Zaključki

Po dosedanjih izkušnjah prometnih nesreč s hujšimi posledicami ni moč v celoti preprečiti. Ker je izid nesreč značilno boljši pri alkoholiziranih voznikih ne glede na to, ali so povzročitelji ali žrtve nesreče, postavljamo hipotezo, da je varneje voziti pod vplivom alkohola. Hipotezo bi bilo treba preveriti še z dvojno slepo, randomizirano študijo. Do takrat pa svetujemo, da se trezni vozniki izogibajo vožnji osebnega vozila, še posebej pa vsakršnega zadrževanja na površinah, namenjenih cestnemu prometu.

TA POTRKANO!

Igor Kočevar

O zlorabah medicine – od čarovniških napojev do umetne pridelave otrok in človeško-živalskih križancev

Jože Trontelj

Šeststo let je, kar so na vrhuncu ene od kratkih toplih medledenih dob v vikinski škofiji na Grenlandiji sežgali zadnjega čarovnika – mladega fanta, obtoženega, da se je poročena ženska zaljubila vanj zaradi čarobnega čaja, ki naj bi ji ga bil skuhal iz posebnih grenlandskih rož. Les za grmado je bil kljub toplejšemu podnebjju za grenlandsko kolonijo najbrž drag in kratkoživ luksus. Kajti čarobne rože, škofijo in Vikinge je kmalu potem pomoril mraz in prekril led.

Danes, na pragu druge nenadne otoplitve, so na vrsti druge, resnejše čarovnije. Kloniranje človeka, pridelava zarodkov, ki niso ne živali ne ljudje, ampak so nekaj vmes. V Britaniji vas ne bodo sežgali na grmadi, če boste pridelali zarodek iz kravje jajčne celice in jedra celice iz človeške kože. Izdelavo *cibridov*, embrijev s človeškim jedrnim in živalskim citoplazemskim genomom, torej citoplazemskih hibridov ali »*human admixed embryos*«, dovoljuje novi britanski zakon iz leta 2008, zanj je lobiral celo premier. Škotski nacionalni svet za medicinsko etiko pa se je zamislil. Med novimi bitji so tudi mešanice človeka in ovce, človeka in svinje, človeka in šimpanza in druge. To so bodisi hibridi (vsaka celica ima gene obeh vrst) ali himere (organizem sestavlja mešanica celic z genomom ene oz. druge vrste). Za sedaj je resda dovoljeno omogočati razvoj teh bitij samo do 14. dneva, a nekateri že napovedujejo možnost rahljanja te meje z dopustitvijo vnosa takih zarodkov v telo ženske ali živalske samice in rojstva novih bitij. V ZDA je bil odobren projekt ustvarjanja miši s povsem človeškimi možgani, zraslimi iz matičnih celic človeškega zarodka. *Ad hoc* etična komisija je izdala pozitivno mnenje s pogojem, da raziskovalci miši takoj pobijejo, če bi se začele obnašati preveč človeško.

Večina evropskih držav tako početje znanstvenikov prepoveduje z zakonom, med njimi je tudi naša. Pojav osebkov novih vrst bi odprl vrsto novih etičnih, pravnih in socioloških vprašanj. Kakšen status bo človeštvo priznalo novim bitjem, če se bodo rodila in odrasla? Ali jih bomo vključili v človeško družbo? Kakšne bodo njihove pravice, kako se bomo izognili diskriminaciji? Na poziv škotskega etičnega sveta, da potrebujemo razpravo, je bilo presenetljivo malo odmeva. Medtem pa se nekateri filozofi in etiki nove, utilitarne vrste že navdušujejo nad družbo prihodnosti, v kateri bi križance med ljudmi in živalmi – nova bitja z novimi sposobnostmi in manj pravicami – koristno porabili v

industriji, vojski in za druge namene. Kot inteligentni bio-roboti, podobni ljudem, bi bili odlični tudi za igro, služili bi kot seksualni sužnji in sužnje. In seveda kot laboratorijske in farmske »živali« – sicer morda z razumom, čustvovanjem in dušo, kar pa nas ne bo zanimalo, ker bomo porabili le telesa kot vir biološkega materiala za raziskave in žive shrambe »rezervnih delov«, to je tkiv in organov za presaditve oz. celično zdravljenje.

Nove, doslej neslutene možnosti se napovedujejo s pridelovanjem moških in ženskih spolnih celic iz kože posameznika (ali posameznice) – npr. za partenogenetsko ali istospolno razmnoževanje lezbičnih partneric in sčasoma celo homoseksualnih moških partnerjev, ki bi si hoteli omisliti otroka.

Spominjam se razprave v Usmerjevalnem odboru za bioetiko Sveta Evrope (CDBI) pred 10 leti. Odbor za enakost med spoloma je dal v oceno predlog priporočila o pravici do svobodne izbire v zadevah spolnosti in reprodukcije. V CDBI smo ugotovili, da se glede otrok *priporočilo* presenetljivo ozira samo na interese homoseksualnih in lezbičnih parov, skoraj ignorira pa pravice in koristi otrok, ki naj bi jih taki pari posvojili ali pridobili s pomočjo tehnik zunajtelesne oploditve. Predlog priporočila je CDBI soglasno in energično zavrnil. Posebej se je oglasilo še nekaj držav – med njimi najbolj glasno Francija in Britanija. Kritiki priporočila so poudarjali, da ima otrok legitimen in pomemben interes, da ima očeta in mater in da ni dokazov, da bi dva očeta ali dve materi ali samski roditelj oz. posvojitelj ta interes lahko zadovoljili. Opozorili so na manjšo stabilnost istospolnih zvez, na večjo promiskuiteto in večjo ogroženost istospolnih partnerjev s spolno prenosljivimi boleznimi. Francozi so poudarili, da pravica do biomedicinske pomoči pri spočetju ni kakšna splošna človekova pravica. Citirali so svoj zakonik o javnem zdravstvu, ki dovoljuje dostop do spočetja z biomedicinsko pomočjo samo neplodnim parom, pri katerih je vzrok neplodnosti bolezenske narave in je ugotovljen z zdravniškim pregledom. Do te pomoči sta upravičena samo moški in ženska, ki sta pred tem sklenila družinsko zvezo.

Tudi v britanskem komentarju je poudarjeno, da svobodna izbira v zadevah spolnosti in reprodukcije ne more biti neomejena. Številne omejitve so potrebne in uveljavljene zaradi varstva interesov otrok, posameznikov in družin.



Pri nas smo imeli pred leti razvneto razpravo o tem, ali naj z zakonom omogočimo dostop do oploditve z biomedicinsko pomočjo genitalno zdravim ženskam brez moškega partnerja. Komisija za medicinsko etiko je menila, da bi se s tem zavestno odločili, da bomo prihodnjega otroka prikrajšali za očeta. Poleg tega bi to pomenilo zlorabo medicinskega posega za

nemedicinski namen – posega, ki ima že po svojem cilju daljnosežne, nepredvidljive posledice. V državi z verjetno najliberalnejšo zakonodajo v zdravstvenih rečeh, na Nizozemskem, imajo državno komisijo za enakost pravic v zdravstvu. Ta je na lastno pobudo raziskala, ali pri opravljanju OBMP v državi prihaja do neupravičene diskriminacije. Pokazalo se je, da nekateri centri v državi zavračajo pomoč ženskam, ki nimajo partnerja, ker ne želijo ravnati v nasprotju s koristmi otroka. Komisija je ocenila, da je to »primer objektivno upravičene diskriminacije, saj ni dokaza, da odraščanje v enostarševski družini za otroka ni škodljivo«. Tako se je strinjala z načelom centrov: »Če si v dvomu, teh stvari ne delaj.«

Omenjal sem etiko, ki naj bi preprečila vsaj najhujše in množične zlorabe. A pogum jemljejo prav zgoraj omenjeni libertarni filozofi, ki sami sebe imenujejo praktični ali utilitarni etiki. Med njimi so taki, ki se zavzemajo za uzakonitev evtanazije in samomora za zdravnikovo pomočjo, za sprostitev trgovine s človeškimi organi, izrezanimi iz teles živih »darovalcev«, za svobodno prostitucijo, za odpravo človeškega dostojanstva kot podlage za človekove pravice, za izgon etike iz medicine in kazensko sankcionirano prepoved ugovora vesti. Kot rečeno, so med temi tudi zagovorniki ustvarjanja novih vrst bitij, človeško-živalskih hibridov in himer.

Enaindvajseto stoletje smo začeli s poglobljeno vrednostno, ekonomsko in okoljsko krizo globalnega obsega. Nadaljevanje utegne prinesiti pokop civilizacije, kot smo jo poznali doslej, s človekovimi pravicami vred – če bomo dovolili, da se nevarna erozija etike in vrednot nadaljuje. Ključno je seveda sebično, neodgovorno človekovo vedenje. Usodno moč pa sta tej sebičnosti in neodgovornosti podelili znanost in tehnologija. Duh našega časa učinkovitim omejitvam neupravičenih rab in zlorab dosežkov znanosti ni naklonjen. Zdi se, da pravega recepta za dobro prihodnost ne premore nihče. Človeški voz drvi po strmi, nevarni in žal napačni cesti. A danes težko storimo kaj več, kot da ga po najboljših močeh vsaj nekoliko zaviramo in ga v najnevarnejših ovinkih skušamo obdržati na cestišču. Morda bodo naslednje generacije premogle dovolj pameti in modrosti, da ga še pred katastrofo ustavijo in se mirno, brez vojn in revolucij dogovorijo za boljšo pot, za drugačen svetovni red. Časa pa ni več na pretek.

Spoštovani avtorji prispevkov za revijo Isis,

sporočamo vam, da smo se v uredništvu odločili za spremembo datuma, do katerega sprejemamo prispevke za naslednjo številko. Novi rok za oddajo prispevkov v naše uredništvo je do 5. v mesecu za naslednjo številko. Gradivo za februarjsko številko bomo torej sprejemali do 5. januarja.

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

Uredništvo

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@zszs-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.

The Secretary General

Brane Dobnikar, L. L. B.

Public Relations Department

Valentin Hajdinjak, B. Sc.

Legal and General Affairs Department

Vesna Habe Pranjič, L. L. B.

Finance and Accounting Department

Jožica Osolnik, Econ.

Health Economics, Planning and Analysis Department

Nika Sokolič, B. Sc. Econ.

Training and Professional Supervision Department

Moja Vrečar, M. B. A.



The Medical Chamber Of Slovenia

Founded in 1893 as The Medical Chamber for the Carniola Province. The Medical Chamber of Slovenia was subsequently founded in 1992.

Tasks

The Medical Chamber of Slovenia is an independent professional organisation of medical doctors and dentists. Membership is an honour and obligation for all those that work as physicians or dentists in Slovenia and have a direct contact with the patients.

The Medical Chamber of Slovenia protects and represents the interests of the medical profession, and helps to ensure the correct behaviour of doctors and uphold their reputation by:

Having and issuing a Code of Medical Ethics, monitoring the behaviour of doctors and administering any measures necessary for violations of the Code.

Maintaining a register of members and issuing membership cards.

Issuing, extending and revoking the doctors' licences for independent work.

Participating in the development of the undergraduate education programme for doctors.

Managing (planning, monitoring and supervising) the secondments of the two year compulsory postgraduate training in hospitals; secondments for specialisations; other postgraduate professional training, and examination.

Organising professional seminars, meetings and other types of professional medical development.

The professional auditing and appraisal of each doctor practising in Slovenia.

Participating in the preparation of regulations, planning and staffing plans in health care issues.

Determining doctors' fees and

participating in agreeing the prices of health care services.

Representing the interests of doctors in determining contracts with the Institute of Health Insurance of Slovenia.

Participating in the negotiation of collective contracts, and agreeing them on behalf of private doctors as employees, thereby managing the value of medical professional salaries.

Providing legal assistance and advice to members on insurance against medical compensation claims.

Maintaining a Welfare Fund to help members and their families.

Monitoring the demand for doctors and helping unemployed doctors find job.

Assisting members to find suitable locums during their absence.

Publishing activities, editing activities; issuing a free journal to members, publishing books and other publications.

Encouraging co-operation between members and arbitrating in disputes.

Encouraging the cultural and social activities of members; organising the cultural, sporting and other social events and activities.

Monitoring alternative methods of treatment.

Detering prohibited and unacceptable medical practices.

Providing a free permanent consulting service to members.

Undertaking other tasks pursuant to legal regulations and the statute.